

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

به نام خداوند بخشنده مهربان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان قزوین

دانشکده پزشکی شهید بابایی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای عمومی پزشکی

عنوان:

بررسی ارتباط عادات بهداشت خواب در پرستاران با بین خوابی و کیفیت خواب

استاد راهنما: خانم دکتر زهره یزدی

استاد مشاور: خانم دکتر آمنه باریکانی

نویسنده: جمال ماهر

شماره ثبت: ۱۱۰۶

مهر ۹۴

فهرست مطالب

چکیده فارسی.....	۴
مقدمه.....	۶
بررسی متون.....	۱۹
اهداف.....	۲۴
مواد و روش ها.....	۲۶
نتایج.....	۲۹
بحث و نتیجه گیری.....	۵۱
منابع.....	۵۶
چکیده انگلیسی.....	۶۱

چکیده فارسی:

مقدمه: مساله ای که باورهای عمومی و مطالعات تحقیقاتی تا به امروز روی آن اتفاق نظر داشته اند این است که رفتار ها و عادات افراد در طی روز بر کیفیت و الگوی خواب تاثیر میگذارد. لذا با توجه به اینکه علاوه بر کمیت و مدت زمان خواب، کیفیت خواب نیز از اهمیت بسیار زیاد و حتی میتوان گفت از اهمیتی بیشتر از زمان خواب برخوردار است، به نظر میرسد که باید به عوامل مختلفی که بر کیفیت خواب افراد تاثیر میگذارند توجه بیشتری شود تا بتوان به افراد برای رسیدن به بهترین عملکرد در زندگی فردی و شغلی کمک کرد.

هدف: هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط بین عادات بهداشت خواب با شیوع و شدت بیخوابی و همچنین کیفیت خواب پرستاران مراکز آموزشی درمانی استان قزوین می باشد.

روش انجام کار: این مطالعه به صورت مقطعی بر روی ۳۰۹ نفر از کادر پرستاری شاغل در مراکز آموزشی درمانی استان قزوین انجام شد. پرستاران پرسشنامه دموگرافیک و همچنین پرسشنامه عادات بهداشت خواب را تکمیل کردند. همچنین پرسشنامه ارزیابی کیفیت خواب پیتزبورگ و بیخوابی ISI نیز توسط پرستاران تکمیل گردید و سپس داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: بیخوابی و کیفیت بد خواب در بین پرستاران شیوع بالایی داشت. ارتباط معنی داری بین بسیاری از عادات فردی و شغلی با بروز درجاتی از بیخوابی و بروز اخلاص در مدت خواب شبانه، در این مطالعه دیده

شد. همچنین نقش برخی از عادات فردی در کاهش کیفیت خواب و نارضایتی فردی از خواب مشخص گردید.

بحث و نتیجه گیری: مطالعه ما نشان داد که میزان مشکلات کمی و کیفی خواب در کادر پرستاری قابل توجه بوده و رابطه واضح و معنی داری با بسیاری از عادات بهداشت خواب دارد. فعالیت های فکری محرک قبل از خواب، درگیری فکری با اتفاقات روز گذشته، و راحت بودن بستر از مواردی بود که بیشترین تاثیر را بر وضعیت خواب افراد داشت. همچنین مشخص شد که نقش عادات منفی و مخرب در کاهش کیفیت خواب، نسبت به نقش عادات مثبت در ارتقای کیفیت خواب، بسیار پررنگ تر و قابل توجه تر است.

کلمات کلیدی: عادات بهداشت خواب- پرستاران- کیفیت خواب

مقدمه

مقدمه:

تا قبل از اختراع دستگاه الکتروانسفالوگرام یا همان دستگاه نوار مغزی، دانشمندان با تعاریف و شاخص های کلاسیک به بررسی و مطالعه روی پدیده خواب میپرداختند. خواب طبق تعریف عبارت است از کاهش تا فقدان سطح هوشیاری، تعلیق نسبی ادراکات حسی و غیر فعال شدن تقریباً تمام عضلات ارادی در زمان استراحت، به طوری که فعالیت بدن و ذهن تغییر کرده و توهم بینایی جایگزین تصاویر واضح واقعی بشوند. ولی حقیقتی که کم و بیش بر محققین آشکار بوده این است که خواب برای سلامت و بازیابی عملکرد سیستم عصبی مرکزی، سیستم ایمنی و سیستم عضلانی اسکلتی اهمیت غیر قابل انکاری دارد. (۱)

به طور کلی خواب به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان در سلسله نیازهای هرم مازلو در ردیف نیازهای فیزیولوژیک قرار داشته و فرصتی برای تجدید قوای جسمانی و روانی و رهایی از تنش ها محسوب میشود. اهمیت خواب در سلامتی و بیماری از زمان بقراط نیز مورد توجه بوده و اختلال خواب از علل مهم بیماری ها در انسان تلقی شده است که در صورت تشدید میتواند به اختلال واضح عملکرد و حتی بروز مشکلات قلبی عروقی منجر شود. این اختلال عملکرد در افرادی که محرومیت از خواب نسبی و مزمن آنها روند دایمی دارد به صورت تجمعی افزایش می یابد. از طرفی علایم و مشکلات محرومیت حاد از خواب هم بسیار قابل توجه است، به طوری که از نظر فیزیولوژیک پس از ۲۴ ساعت محرومیت از خواب، عملکرد سایکوموتور در ساعات اولیه صبح روز بعد تا حد مسمومست با الکل تنزل پیدا میکند. (۲)

در سال ۱۹۰۰ فروید اولین کسی بود که خواب را پدیده ای منظم و برگشت پذیر که در آن شخص به آسانی به حالت طبیعی بازمی گردد دانست. او در حقیقت خواب را چیزی جز فعالیت روزانه مغز نمی دانست. در هر حال هم اکنون که ما در قرن ۲۱م به سر میبریم و ابزارهای پیشرفته و میتوان گفت شگفت آوری برای بررسی این پدیده در اختیار داریم، با این حال هنوز هم ابهامات زیادی درباره ی خواب وجود

دارد و پیش روی کسانی که به مطالعه ی این پدیده می پردازند، راهی طولانی و تاریک وجود دارد که باید طی شود. (۳)

در سال ۱۹۵۲ فردی به نام اوژن آسرنسکی که تازه از دانشگاه فارغ التحصیل شده بود، با کشف خواب REM توسط دستگاه الکتروانسفالوگرام، دریچه تازه ای به دنیای پر رمز و راز خواب باز کرد. مطالعات بیشتر بر روی خواب انسان مشخص کرد که خواب از یک سری مراحل گذر میکند که الگوهای امواج هر یک از این مراحل، مشخصات خاص خود را دارند. (۴)

خواب دارای دو نوع اصلی است: خواب REM (حرکات سریع چشم) که خواب فعال یا خواب متناقض (Paradoxical) نیز نامیده میشود، و خواب non-REM (حرکات غیر سریع چشم) که به آن خواب آرام نیز میگویند.

در خلال نخستین مراحل خواب، انسان هنوز نسبتاً بیدار و هوشیار است و مغز امواجی تولید میکند که امواج بتا نام دارند و کوچک و سریع هستند. به مرور که مغز شروع به آرامش یافتن میکند، امواج کند تری به نام امواج آلفا بروز میکند. در طول این مدت و هنگامی که هنوز کاملاً به خواب نرفته ایم، ممکن است احساسات عجیب و کاملاً واضحی را تجربه کنیم که توهمات پیش از خواب نامیده میشوند. از مثال های متداول و شایع این پدیده میتوان به احساس افتادن یا پرت شدن، یا شنیدن این که کسی نام شما را صدا میزند نام برد. رویدارد بسیار شایع دیگری که در این مرحله وجود دارد، پرش میوکلونیک است. اکثر ما تاکنون این پدیده ی ظاهراً عجیب که به صورت تکان یا پرش ناگهانی بدن بدون هیچ علت خاص میباشد را تجربه کرده ایم. با تداوم آرامش یافتن مغز، مرحله بعدی خواب که در واقع اولین مرحله از مراحل اصلی خواب میباشد، شروع میشود و آن خواب non-REM است. خواب دیدن در این مرحله بسیار کم اتفاق می افتد و اگر هم وجود داشته باشد معمولاً فراموش میشود. (۵)

مرحله بعدی شروع خواب بوده که مرحله نسبتاً سبک و خفیفی از خواب است که میتوان آن را به صورت دوره ی گذار بین بیداری و خواب در نظر گرفت. در این مرحله مغز امواج تتا تولید میکند که دامنه بلند دارند و بسیار کند هستند. این مرحله از خواب بسیار کوتاه است و تنها ۵ تا ۱۰ دقیقه طول میکشد، لذا اگر در این مرحله کسی را از خواب بیدار کنیم، ممکن است به ما بگوید که خواب نبوده است.

مرحله بعدی خواب non-REM تقریباً ۲۰ دقیقه به طول می انجامد. در این مرحله مغز شروع به تولید امواج نامنظم و سریعی میکند که به "دوک های خواب" معروف هستند. دمای بدن شروع به کاهش میکند و ضربان قلب کند میشود. این مرحله یک مرحله ی ناهشیار است که در آن فرد به راحتی از خواب بیدار میشود.

مرحله بعدی عمیق ترین مرحله ی خواب non-REM است که در آن امواج عمیق و کند به نام امواج دلتا پدیدار میشوند. این مرحله دوره ی گذار بین خواب سبک و خواب عمیق است و بعد از آن قسمت دوم خواب، یعنی خواب REM آغاز میشود.

خواب REM حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از کل خواب را تشکیل میدهد که حدود ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه از خواب شب را شامل میشود. البته میزان خواب REM در سنین مختلف متفاوت است. برای مثال یک نوزاد بیش از ۸۰ درصد کل خوابش را در مرحله REM میباشد. رویا های شبانه نیز اکثراً در مرحله ی REM رخ میدهند. ضربان قلب و تنفس در خواب REM نامنظم است.

نکته ی قابل ذکر این است که فرایند خواب، این مراحل را به ترتیب پشت سر نمیگذارد. خواب از مرحله یک (امواج بتا) شروع میشود و سپس به مراحل ۲ و ۳ (مربوط به خواب non-REM) میرود. پس از مرحله ۳ و قبل از وارد شدن به مرحله REM، مرحله ۲ خواب مجدداً تکرار میشود. همچنین پس از خاتمه خواب REM، بدن معمولاً به مرحله ۲ باز میگردد. در طول شب، خواب انسان تقریباً ۴ یا ۵ بار بین این

مراحل میچرخد. ما به طور میانگین ۹۰ دقیقه پس از به خواب رفتن وارد مرحله REM می‌شویم. نخستین چرخه خواب REM ممکن است تنها زمان کوتاهی به طول بیانجامد، ولی هر چرخه از چرخه قبل طولانی‌تر می‌شود، به طوری که در مراحل بعدی، خواب REM می‌تواند تا نزدیک به یک ساعت پایدار بماند.

خواب REM با کاهش سروتونین در مغز همراه است، بنابراین افراد افسرده زود تر به مرحله REM می‌رسند.

در افراد بالغ جوان ۲۰ تا ۲۵ درصد کل خواب در مرحله REM، ۳ تا ۵ درصد در مرحله دوم و ۱۰ تا ۲۰ درصد در مراحل سوم و چهارم سپری می‌گردد.

با افزایش سن از مقدار خواب مراحل ۳ و ۲ کم شده و افراد مسن (بالای ۷۰ سال) عملاً فاقد خواب مرحله ۳ بوده و مرحله ۲ خواب آنها نیز بسیار کم است.

سیکل ۹۰ تا ۱۰۰ دقیقه در هر فردی ثابت و به شکل غیر محسوسی در حرکات معدی روده ای، گرسنگی، درجات هوشیاری و قدرت فعالیت شناختی زمان بیداری شرکت دارد.

بیدار کردن افراد از خواب REM به سادگی صورت می‌گیرد ولی بیدار کردن فرد از مراحل ۳ خواب non-REM مشکل‌تر بوده و بیداری کامل نیاز به ۵ دقیقه یا بیشتر زمان دارد که فرد در این مدت ممکن است دچار تیرگی شعور (کنفوزیون) و عدم جهت یابی باشد (این امر در بعضی مشاغل اهمیت دارد، به طور مثال پزشکان باید از تصمیم گیری در این فاصله در شب های کشیک خودداری کنند).

فعالیت تونیک عضلانی در خواب REM حداقل است، البته انقباضات کوچک و حرکات لرزشی در عضلات چهره و دیستال اندام ها هنوز ممکن است رویت شود. حرکات چشم در خواب REM به صورت کتروگه و در تمامی جهات است. حرکات واضح بدن هر ۱۵ دقیقه یا زمانی نزدیک به آن در تمامی مراحل

خواب رخ می‌دهد، ولی در انتقال از مرحله REM به non-REM است که خود را به صورت تغییر در

جایگاه فرد از یک پهلوی به پهلوی دیگر نشان می‌دهد. (۶)

محرومیت از خواب:

به جز موارد استثنایی، هیچ شخصی نتوانسته است بیش از یازده روز را بدون خوابیدن سپری کند. (۷)

افرادی که از خواب محروم میمانند دچار افسردگی، توهم و به تدریج درجاتی از کاهش هوشیاری میشوند و با تشدید محرومیت از خواب، رفتارها و افکارشان به سمت هذیان و پرخاشگری پاتولوژیک سوق می‌یابد. (۸)

علاوه بر مدت زمان خواب، الگوی منظم خواب نیز تاثیر به سزایی در کیفیت خواب دارد و گفته میشود که خواب بریده بریده به حافظه لطمه میزند. در مطالعات حیوانی مشخص شده که پیوسته نبودن خواب مانع بوجود آمدن حافظه میشود، به طوری که خواب منقطع موجب شده که موش‌ها در شناسایی اشیایی که با آنها از قبل آشنا بوده اند دچار مشکل شوند. (۵۲) به نظر میرسد که صرف نظر از مدت، کیفیت و یا عمق خواب، آنچه که برای انسجام حافظه لازم است، یک واحد خواب بدون وقفه است. (continuant sleep)

محرومیت از خواب میتواند به صورت کامل، نسبی یا مرحله ای خاص از خواب باشد. کاهش آگاهی و عملکرد از نتایج اصلی محرومیت از خواب میباشد. به نظر میرسد که بروز تغییرات در حافظه کوتاه مدت در نتیجه کاهش توجه، کاهش تمرکز و کاهش انگیزه باشد و البته دیده شده که این علائم در کسانی که

زمینه ی آسیب شخصیت دارند برجسته تر و زود تر ظاهر میشود. خطاهای حسی، توهمات، ادراکات نادرست بینایی، اختلال در دید فضایی و تفکرات پارانویید نیز در محرومیت از خواب دیده میشود.

(۹). تظاهرات نامحسوس عصبی مثل نیستاگموس، دیزارتری، ترمور، افزایش رفلکس تاندونی عمقی و افزایش حساسیت به درد به دنبال بیش از ۲۰۵ ساعت محرومیت از خواب گزارش شده است.

برخی مطالعات افزایش اشتها و کاهش درجه حرارت بدن را در افراد محروم از خواب نشان داده است. در هر حال انسان ها در هر سنی بهتر از حیوانات محرومیت از خواب را تحمل میکنند. برخی شغل ها در معرض خطر سندروم محرومیت نسبی خواب قرار دارند که از جمله آنها کارگران، پرسنل بیمارستانی و راننده های بیابان هستند. (۱۰) آثار محرومیت از خواب REM روی فعالیت روانی و ویژگی های شخصیتی منحصر به فرد است. در برخی مطالعات پرخوری بیمارگونه و افزایش تمایلات جنسی و افزایش پرخاشگری به دنبال محرومیت از خواب REM گزارش شده است. (۱۱)

عادات روزانه:

مساله ای که باورهای عمومی و مطالعات تحقیقاتی تا به امروز روی آن اتفاق نظر داشته اند این است که رفتار ها و عادات افراد در طی روز بر کیفیت و الگوی خواب تاثیر میگذارد. فرض بر این است که عواملی مثل بی برنامه گی، مصرف الکل، قهوه و نوشیدنی های انرژی زا و همچنین زنگ ساعت و حتی نور خورشید میتواند ساعت بیولوژیک انسان را به هم بریزد. (۱۲)

با توجه به اینکه علاوه بر کمیت و مدت زمان خواب، کیفیت خواب نیز از اهمیت بسیار زیاد و حتی میتوان گفت از اهمیتی بیشتر از زمان خواب برخوردار است، به نظر میرسد که باید به عوامل مختلفی که بر کیفیت خواب افراد تاثیر میگذارند توجه بیشتری شود که از جمله این عوامل میتوان به افزایش سن، فعالیت های جسمانی، کشیدن سیگار، شرایط محیطی، عادات فردی و سبک زندگی، رژیم غذایی، تنش های روانی، بیماری های جسمی و الگوی خواب اشاره کرد.

بهداشت خواب:

بهداشت خواب به مجموعه ای از شرایط رفتاری و محیطی گفته میشود که به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر کیفیت خواب افراد تاثیر می گذارد و فراهم نبودن این شرایط منجر به بروز انواع اختلالات خواب میگردد. دیده شده که آموزش های مربوط به بهداشت خواب تاثیر به سزایی در بهبود کیفیت خواب داشته که این امر در جمعیت جوان جامعه پر رنگ تر است، شاید به این علت که دانش و مهارت های مرتبط با خواب در آنها ضعیف تر میباشد. (۲۳) البته علاوه بر سن، الگوی خواب که گاهی به عنوان "صبحگاهی" یا "عصرگاهی" از آن یاد میشود نیز با کیفیت خواب و سطح بهداشت خواب ارتباط زیادی دارد. البته لازم به ذکر است که سن به عنوان یک فاکتور مستقل، تاثیر عمده ای بر صبحگاهی یا عصرگاهی بودن الگوی خواب دارد، به طوری که معمولا خواب افراد با افزایش سن الگوی صبحگاهی به خود میگیرد. به همین علت افراد مسن تر زودتر از افراد جوان به بستر رفته و همچنین زودتر از بستر خارج میشوند. همچنین فعالیت در هر گونه شیفت شبانه معمولا در سنین بالا مشکل تر است. (۱۳)

اختلالات خواب:

این حقیقت قابل کتمان نیست که جمع کثیری از افراد جوان به میزان کافی خواب ندارند. این کمبود معمولاً به این خاطر است که بار کاری آنها زیاد است و برای اینکه به همه ی برنامه هایشان برسند ناچار ساعات خواب خود را کم میکنند. شب های کم خوابی در طول زمان رفته رفته به "نقص خواب" می انجامد. کسانی که دچار نقص خواب هستند قادر به تمرکز، کار و مطالعه موثر نیستند. (۱۴)

"بی خوابی" به صورت مشکل در به خواب رفتن یا مشکل در تداوم خواب و یا بیدار شدن زودتر از موعد تعریف میشود و طبق طبقه بندی اسپیلمن، تحت تاثیر عواملی چون سن، جنس، وضعیت اجتماعی اقتصادی، اختلالات روانپزشکی و روانشناسی، عوامل شغلی و همچنین عادات بهداشت خواب میباشد. برای کاهش موثر شیوع و شدت اختلالات خواب، فاکتورهای قابل مداخله ی موثر بر بی خوابی توجه خاصی را می طلبد.

تعریف دیگری نیز از بی خوابی ارائه شده که مشخصه آن عدم توانایی در داشتن خوابی است که فرد به دنبال آن احساس شادابی کند. پس دقت به این نکته لازم است که افراد از نظر نیازشان به خواب و میزان رضایتمندی از خوابشان با یکدیگر متفاوتند. (۱۵)

مطالعات بسیاری نشان میدهند که بیخوابی فاکتور مهمی در ایجاد مشکلات روانپزشکی از جمله افسردگی و اعتیاد به مواد مخدر و خواب آور میباشد. بالعکس بیماری هایی از جمله افسردگی و اضطراب خود میتواند باعث بروز بی خوابی شود. (۱۶) درمان های دارویی متنوعی برای بیماری بی خوابی وجود دارد: استفاده از بنزودیازپین ها و خواب آور های غیر بنزودیازپینی مثل زولپیدم برای درمان این بیماری تایید شده اند. (۱۷)

از مداخلات شایع که جهت بهبود اختلالات خواب انجام میشود، میتوان آموزش بهداشت خواب را ذکر کرد که عبارت است از بررسی و اصلاح رفتارهایی که بر روی کیفیت و نظم خواب شبانه تاثیر میگذارند. (۱۸)

شدت بی خوابی بوسیله "شاخص شدت بی خوابی" (ISI) اندازه گیری میشود. این شاخص یک پرسشنامه متشکل از ۷ سوال است که اختلالات شروع خواب، تداوم خواب، بیدار شدن زودتر از موعد و همچنین رضایت فرد از الگوی خواب، تداخل با عملکرد روزانه و شدت نگرانی درباره وضعیت کنونی خواب را بررسی میکند. به این صورت که به هر آئتم از ۰ تا ۴ امتیاز داده میشود و سپس امتیازات با هم جمع میشوند. هر پرسشنامه حداقل امتیاز صفر و حداکثر ۲۸ امتیاز میگیرد. امتیازات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اختلالات خواب است که در ۴ دسته طبقه بندی میشود: امتیاز ۰ تا ۷ نشان دهنده این است که اختلال خواب از نظر بالینی قابل توجه نیست. امتیاز ۸ تا ۱۴ اختلال خفیف (تحت بالینی) را نشان میدهد. امتیاز ۱۵ تا ۱۲ حاکی از وجود اختلال واضح بالینی (بی خوابی متوسط) بوده و امتیاز ۲۲ تا ۲۸ بر وجود بی خوابی شدید دلالت دارد. (۱۹)

شیفت کاری:

جامعه مدرن امروزی به سرعت در حال تغییر است، هم از نظر اقتصادی و هم از نظر اجتماعی و رفتارهای شخصی. در حال حاضر ما در یک جامعه ی ۲۴ ساعته زندگی میکنیم که در آن زمان دیگر مثل گذشته عامل محدود کننده ای برای فعالیت های بشر به شمار نمیرود و مردم خواستار انجام هر کاری در هر زمان از شبانه روز هستند. (۲) و چون تقاضا همواره عرضه را میطلبد، بنابراین عده ای باید در خارج از ساعات

معمول مشغول به کار و سرویس دهی باشند. نتیجه اینکه جمع کثیری از شاغلین در حال کار در خارج از ساعات نرمال، از جمله شیفت شب، شیفت های در گردش، و یا روز های تعطیل آخر هفته میباشند.

از نظر علمی تعریف شیفت کاری عبارت است از : اشتغال به کار در زمانی خارج از ساعات کاری نرمال، یعنی خارج از محدوده زمانی ۷ صبح تا ۶ بعدازظهر. انواع مختلفی از شیفت کاری وجود دارند، بطور مثال شیفت عصر، شیفت شبانه، شیفت چرخشی و شیفت آخر هفته و غیره. (۲۰)

طبیعتاً نوع شیفت کاری در تاثیر آن بر عملکرد و همچنین سلامت افراد شاغل نقش دارد. بیشتر مطالعات شیفت های شبانه را ریسک فاکتور مهمتری برای سلامت فرد دانسته اند.

ساعت کاری فرد شیفت کار او را از خوابیدن در زمان طبیعی بازمیدارد و فرصتی را که برای خواب دارند درست در زمانی است که تمام جامعه در فعالیت و تکاپو است و محیط از آرامش مطلوبی برای استراحت برخوردار نمیشود. اما از همه مهم تر مساله ناسازگاری چرخه خواب و بیداری فرد با ریتم سیرکادین می باشد. (۲۱) ریتم سیرکادین در واقع ساعت بیولوژیک بدن است که چرخه ۲۴ ساعته آن به طور دقیقی توسط نور محیطی تنظیم میشود. ریتم سیرکادین در حالت طبیعی باعث میشود که فرد در طول شب به خواب رفته و در حین روشنایی روز بیدار و فعال باشد. این در حالی است که در فرد شیفت کار به جای ریتم سیرکادین و چرخه تاریکی و روشنایی محیط، این ساعات کاری وی میباشد که زمان خواب و بیداری وی را تعیین میکند. این ناسازگاری بین ریتم سیرکادین و چرخه خواب و بیداری باعث میشود که طول مدت خواب بعد از یک شیفت شب (که صبح روز بعد رخ میدهد) حدود ۱ تا ۴ ساعت کمتر از خواب شبانه طبیعی باشد، که این کاهش عمدتاً در نتیجه کاسته شدن از طول مرحله دوم خواب و مرحله REM میباشد. برخی محققان علت این کاهش را سر و صدای محیط در طول روز دانسته اند اما در مطالعاتی که در آنها سر و صدای محیط حذف شده و به افراد فرصت خوابیدن در شرایط مطلوب داده شده است،

همچنان کاهش طول مدت خواب قابل مشاهده بوده است. تحقیقات مشخص کرده که مهمترین عامل در زود بیدار شدن افراد پس از شیفت شب افزایش دمای بدن میباشد که این خود تحت کنترل مستقیم ریتم سیرکادین بدن است.

با وجودی که ریتم سیرکادین فرد میتواند تا حدی خود را با ساعات کاری وی سازگار کند، ولی این تطبیق، جز در شرایط آزمایشگاهی که قرار گرفتن در معرض روشنایی به کل محدود شده، هیچ گاه به طور کامل صورت نمیگیرد زیرا ساعت بیولوژیک بدن فرد در مواجهه با نور و روشنایی روز از نو تنظیم میشود. بررسی ها نشان داده است که بعد از چند روز شیفت کاری متوالی بدن شروع به تغییر دادن چرخه خواب و بیداری میکند و این تغییر با سرعت حدود یک ساعت در هر شیفت رخ میدهد، بنابراین دور از ذهن نیست که افرادی که در شیفت های چرخشی کار میکنند مشکلات بیشتری نسبت به کسانی که به طور مداوم در شیفت شب کار میکنند گزارش کنند، چون به محض اینکه بدنشان با زمان خواب فعلی سازگاری پیدا میکند، تغییر شیفت مجدداً این چرخه را به هم میریزد و این ریتم نامنظم به صورت یک سیکل معیوب ادامه می یابد. (۲۲)

جامعه پرستاری:

پرستاران بزرگترین گروه حرفه ای در کادر بهداشتی درمانی را تشکیل میدهند، به طوری که در دنیا به طور میانگین حدود ۴۰ درصد از کل کارکنان بیمارستان ها را شامل میشوند که البته این درصد در کشور ما بسیار بیشتر است. بنابراین واضح است که کادر پرستاری، نقشی پر رنگ در عملکرد سیستم بهداشت و درمان دارد. (۲۳) نکته حائز اهمیت این است که حرفه پرستاری بیشترین شیفت کاری، به خصوص شیفت شب را نسبت به مشاغل دیگر دارا میباشد. مطالعات متعددی نشان داده است که کار شیفتی میتواند تاثیرات منفی

روی عملکرد شغلی، سلامت فیزیکی، کیفیت خواب سلامت روانی اجتماعی و سطح تحمل تنش های شغلی داشته باشد، و بدیهی است که پرستاران نیز از این قاعده مستثنی نیستند. (۲۴) ولی مساله ای که حرفه پرستاری را از سایر حرفه ها متمایز میکند این است که اشتغال در کادر درمان، با توجه به محیط پرمشغله و نیاز بیماران به نظارت و مراقبت دقیق و مستمر، همیشه با استرس و اضطراب همراهی دارد. معمولاً پرستاران به علت نیاز اکثر بیماران به مراقبت مداوم، ملزم به کار در شیفت های در گردش میباشند که این امر منجر به بروز اختلال در نظم خواب ۲۴ ساعته و خواب آلودگی در طول روز خواهد شد (۲۵). کما اینکه علاوه بر کادر پرستاری، شیوع بیشتر اختلالات خواب وابسته به شیفت کاری در سایر مشاغل نیز طی مطالعات متعدد به اثبات رسیده است.

البته بدیهی است که اهمیت توجه به این مساله در کادر پرستاری دو چندان است، به این علت که حساسیت شغلی در این حرفه بسیار زیاد است و با توجه به ارتباط نزدیک و مستقیم با سلامت افراد، اشتغال به حرفه پرستاری بهترین سطح عملکرد را میطلبد. مسلماً پرستارانی که از سلامت جسمانی و روانی خوبی برخوردار نباشند، نمیتوانند مراقبت خوبی از بیماران به عمل آورند. (۲۶) از طرفی خواب آلودگی در حین روز که جزء جدایی ناپذیر شیفت های کاری در گردش خصوصاً شب کاری میباشد، در زمان انجام واکنش در موقعیت های بحرانی، دقت و تمرکز پرستاران را تحت تاثیر قرار داده و حتی ممکن است باعث بروز حوادث شغلی نیز بشود که عواقب چنین حوادثی به همان اندازه که بر سلامت بیماران تاثیر دارد، بر سلامت خود پرستاران نیز وارد خواهد بود. (۲۵)

همچنین با توجه به تاثیر مثبت خواب سالم در فروکش کردن استرس ها و اضطراب کاری روزانه، به نظر میرسد که اختلال خواب خود باعث تشدید استرس ها شده و این چرخه ی معیوب، خود به مختل شدن هر چه بیشتر چرخه فیزیولوژیک خواب دامن میزند. (۲۷)

بررسی متون

تاکنون مطالعات زیادی بر روی کیفیت خواب و ارتباط آن با عملکرد روزانه افراد انجام شده است.

همچنین مطالعات زیادی توانسته اند تاثیر متقابل و دو طرفه ی اختلالات خواب و مشکلات طبی مختلف را به خوبی نشان دهند. با توجه به اینکه در سیستم بهداشتی نوین، مشکلات جسمی و روانی نسبت به سبک زندگی در اولویت بالاتری از توجه هستند، لذا دیده شد که تمرکز اصلی اهم مطالعات، تاکنون در جهت بررسی ارتباط خواب با مشکلات طبی ملموس بوده است، و به نظر میرسد که تا به حال مطالعات منسجم زیادی جهت بررسی تاثیر سبک رفتار ها و عوامل محیطی حاکم بر فرد بر روی کیفیت و الگوی خواب انجام نشده است. (۲۸)

در یک مطالعه در استونی، ۴۱۳ نفر از دانشجویان پزشکی با هدف بررسی همبستگی کیفیت خواب و عادات و بهداشت خواب و همچنین بررسی همبستگی پیشرفت تحصیلی و کیفیت خواب مورد مطالعه قرار گرفتند. این مطالعه که در آن از پرسشنامه **self-reported sleep and daytime habit**

questionnaire استفاده شد، روی دانشجویان پزشکی با بازه سنی ۱۹ تا ۳۳ سال انجام گرفت. پرسشنامه ذکر شده که شامل ۴ سوال از اطلاعات دموگرافیک و ۲۴ سوال از عادات و بهداشت خواب بود، مشخص کرد که ۲۹ درصد دانشجویان کیفیت خواب عالی، ۴۰ درصد کیفیت خواب خوب، ۲۴ درصد کیفیت خواب رضایت بخش، ۶ درصد کیفیت خواب ضعیف و ۱ درصد نیز کیفیت خواب بد دارند. همچنین مشخص شد که کیفیت خواب با پیشرفت تحصیلی ارتباط هم سو دارد که از نظر آماری معنی دار بود (, $R=0.195$

$P<0.001$). همچنین کیفیت خواب با شرایط زندگی ارتباط معنی داری داشته است (, $R=0.174$

$P<0.001$). (۲۹)

در سال ۲۰۱۵ یک مطالعه توسط دپارتمان روانشناسی و روان درمانی بالینی در رومانی، با هدف بررسی آگاهی از عادات بهداشت خواب و ارتباط آن با کیفیت خواب و همچنین الگوی خواب بر روی ۶۵۲ فرد بزرگسال انجام شد. در این مطالعه افراد به سه دسته جوان (۱۸ تا ۲۵ ساله)، بزرگسال (۲۶ تا ۴۵ ساله) و میانسال (۴۶ تا ۶۵ ساله) تقسیم شدند و تحت ارزیابی با پرسشنامه SBS (مقیاس باورهای مرتبط با خواب) که متشکل از ۲۰ آیت بود قرار گرفتند. نتایج این مطالعه مشخص کرد که افراد جوان کمترین آگاهی را نسبت به آیت های مرتبط با بهداشت خواب دارند ($P=0.003$). همچنین مشخص شد که جمعیت مونث، بهداشت خواب بهتری نسبت به جمعیت مذکر دارا میباشد ($P<0.001$).

به طور میانگین تفاوتی در کیفیت خواب ۳ گروه مطالعه با یکدیگر دیده نشد، ولی نکته قابل توجه این بود که افرادی که الگوی خواب عصرگاهی داشتند، از وضعیت خواب خود شکایت بیشتری داشتند و طی آنالیز مشخص شد که اختلاف کیفیت خواب بین الگوی صبحگاهی و عصرگاهی از نظر آماری معنی دار است ($P<0.001$). پس میتوان گفت که الگوی خواب صبحگاهی بهترین کیفیت خواب را به دنبال دارد. (۳۰)

در سال ۲۰۱۴ یک مطالعه در شهر نیویورک با هدف بررسی ارتباط بین بهداشت خواب و شدت بی خوابی در دانش آموزان کالج بر روی ۵۴۸ دانش آموز انجام شده است که در آن نقش بسیار پر رنگ "الگوی نامنظم خواب ۲۴ ساعته" در بروز اختلالات خواب به خوبی مشخص شده است. در این مطالعه، بی خوابی به صورت اختلال در شروع یا تداوم خواب حداقل ۳ شب در هفته برای حداقل ۳ ماه تعریف شده و نهایتاً مشخص شد که طبق کرایتریای تشخیصی DSM-V حدود ۱۰ درصد از افراد مورد مطالعه دچار بی خوابی هستند. همچنین مشخص شد که کیفیت پایین خواب با رفتارهای پرخطر مثل نزاع، رفتارهای جنسی پرخطر، افکار خودکشی و سوانح و حوادث در این دانش آموزان مرتبط بوده است.

در این مطالعه عاداتی مثل "الگوی متغیر و نامنظم به خواب رفتن و از خواب بیدار شدن"، "استفاده از بستر برای فعالیت هایی غیر از خوابیدن"، "پرداختن به افکار نگران کننده در بستر"، "راحت نبودن جای خواب" و "روشن بودن چراغ محل خواب" بیشترین ارتباط را با بی خوابی نشان دادند ($P < 0.001$).

(۳۱)

در یک مطالعه دیگر در شهر نیویورک که بر روی ۵۹۳ پرستار انجام شد، مشخص گردید که محرومیت از خواب در پرستاران شیفت کار بیشتر از سایر گروه هاست و این محرومیت ارتباط معنی داری با افزایش خطاهای درمانی و تمایل به مصرف الکل و داروهای غیر نسخه ای داشته است.

در یک مطالعه در سال ۲۰۱۵ که بر روی ۱۶۰ پرستار زن با میانگین سنی ۳۵.۸ سال و میانگین سابقه کاری ۱۳.۴ سال در نیویورک انجام شد، مشخص گردید که در پرستاران جوان تر و پرستارانی که سنوات کاری کمتری داشتند، به طور واضح شدت اختلالات خواب بیشتر از سایر افراد مورد مطالعه بوده است. همچنین این مطالعه نشان داد که پرستارانی که اضطراب بیشتری دارند، درجات شدید تری از مشکلات خواب را نشان میدهند. بررسی اصلاح بهداشت خواب در جمعیت مورد مطالعه نشان داد که اصلاح الگوی خواب تاثیر واضح بر کیفیت خواب، کاهش خواب آلودگی روزانه و کاهش اضطراب پرستاران دارد. (۳۲)

در مطالعه ای در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بر روی ۳۴۰ نفر از دانشجویان پزشکی و دستیاران تخصصی، که با هدف بررسی کیفیت خواب افراد انجام شد، طی آنالیز داده های بدست آمده از پرسشنامه پیتزبورگ و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط نرم افزار SPSS مشخص شد که از این ۳۴۰ نفر، تعداد ۲۱۲ نفر معادل ۶۲.۴ درصد کیفیت خواب بد داشتند. همچنین مشخص شد که کیفیت بد خواب بیشتر در بین دستیاران، ساکنان خوابگاه، دانشجویان متأهل و دانشجویان با معدل بالای ۱۷ دیده میشود. (۳۳)

در یک مطالعه دیگر در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که بر روی ۱۸۰ نفر از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی انجام شد، مشخص شد که بین کیفیت خواب پرستاران شیفت ثابت و شیفت چرخشی اختلاف معنی داری وجود دارد، به طوری که پرستارانی که شیفت ثابت دارند، الگوی خواب منظم تر و کیفیت خواب بهتری دارند. همچنین مشخص شد که پرستاران در شیفت های ثابت از وضعیت سلامت مطلوب تری برخوردارند ($P=0.001$). ضمناً اختلالات تداوم خواب و استفاده از داروهای خواب آور در پرستارانی که شیفت در گردش دارند به طور معنی داری بیشتر دیده میشود ($P<0.001$). (۳۴)

اهداف

اهداف (objectives)

هدف اصلی (general objective):

تعیین عادات بهداشت خواب در پرستاران شیفت کار بیمارستان های آموزشی درمانی قزوین و ارتباط آن با کیفیت خواب

اهداف فرعی (specific objectives):

۱. تعیین فراوانی عادات بهداشت خواب در پرستاران
۲. تعیین شیوع و شدت اختلالات خواب در پرستاران
۳. تعیین و مقایسه میانگین کیفیت خواب در پرستاران با عادات بهداشت خواب خوب و بد
۴. تعیین و مقایسه میانگین شدت بیخوابی در پرستاران با عادات بهداشت خواب خوب و بد

اهداف کاربردی (applied objectives):

در صورت مشخص شدن عادات نامناسب خواب در پرستاران و ارتباط آن با کیفیت بد خواب، توصیه به برگزاری دوره های آموزشی در رابطه با عادات نامناسب و روش های ارتقای کیفیت خواب خواهد شد.

سوال های پژوهش (hypothesis):

۱. فراوانی هر یک از عادات بهداشت خواب در پرستاران چقدر است؟
۲. شیوع و شدت مشکلات خواب در پرستاران چگونه است؟
۳. ارتباط کیفیت خواب پرستاران با عادات خوب یا بد بهداشت خواب چگونه است؟
۴. ارتباط شدت بیخوابی پرستاران با عادات خوب یا بد بهداشت خواب چگونه است؟

مواد و روش ها

نوع مطالعه:

مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک توصیفی و به صورت مقطعی بود.

جامعه مورد مطالعه:

تمامی پرستاران شیفت کار مستقر در بیمارستان های آموزشی درمانی شهر قزوین که تمایل به همکاری داشتند در این طرح بررسی شدند

روش اجرا و طراحی تحقیق (methodology and research design):

در این مطالعه که به صورت مقطعی در شهر قزوین انجام شد، پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تاهل، محل سکونت، و قد و وزن توسط پرستاران تکمیل گردید. همچنین پرسشنامه عادات بهداشت خواب و پرسشنامه کیفیت خواب پیتربورگ توسط پرستاران تکمیل شد. سپس بر اساس پرسشنامه عادات بهداشت خواب، فراوانی عادات صحیح و غلط پرستاران محاسبه گردید و با استفاده از پرسشنامه پیتربورگ و شاخص ISI میانگین کیفیت خواب پرستاران بررسی شد. نهایتاً ارتباط هر یک از عادات فردی با سطح کیفی خواب افراد جداگانه بررسی گردید.

شدت بی خوابی بوسیله "شاخص شدت بی خوابی" (ISI) اندازه گیری میشود. این شاخص یک پرسشنامه متشکل از ۷ سوال است که اختلالات شروع خواب، تداوم خواب، بیدار شدن زودتر از موعد و همچنین رضایت فرد از الگوی خواب، تداخل با عملکرد روزانه و شدت نگرانی درباره وضعیت کنونی خواب را بررسی میکند. به این صورت که به هر آیتم از ۰ تا ۴ امتیاز داده میشود و سپس امتیازات با هم جمع

میشوند. هر پرسشنامه حداقل امتیاز صفر و حداکثر ۲۸ امتیاز میگیرد. امتیازات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اختلالات خواب است که در ۴ دسته طبقه بندی میشود: امتیاز ۰ تا ۷ نشان دهنده این است که اختلال خواب از نظر بالینی قابل توجه نیست. امتیاز ۸ تا ۱۴ اختلال خفیف (تحت بالینی) را نشان میدهد. امتیاز ۱۵ تا ۱۲ حاکی از وجود اختلال واضح بالینی (بی خوابی متوسط) بوده و امتیاز ۲۲ تا ۲۸ بر وجود بی خوابی شدید دلالت دارد.

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ به زبان فارسی ترجمه شده و روایی و پایایی آن به زبان فارسی بررسی شده و مقاله ارزیابی روایی و پایایی آن چاپ شده است. پرسشنامه عادات بهداشت خواب نیز براساس مرور مقالات انجام شده در این زمینه تهیه شده است.

پرسشنامه پیتزبورگ نگرش فرد را پیرامون کیفیت خواب طی ۴ هفته اخیر بررسی میکند. در این پرسشنامه هر سوال نمره ۰ تا ۳ میگیرد و حاصل جمع نمرات مقیاس های آن نمره کلی را تشکیل میدهد. سازندگان مقیاس معتقدند که نمره بالاتر از ۵ به عنوان یک اختلال خواب قابل مقایسه تلقی میشود. پرسشنامه پیتزبورگ در مطالعات زیادی استفاده شده و قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی را نشان داده است.

روش جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها:

پس از جمع آوری و تکمیل پرسشنامه کلیه اطلاعات وارد برنامه SPSS شد و توسط روش های T.test، ANOVA و chi-SQUARE مورد آنالیز و بررسی قرار گرفت.

محدودیت های اجرایی طرح:

با توجه به اینکه جهت انجام این طرح نیاز به همکاری پرستاران بود، لذا عدم همکاری عده قابل توجهی از همکاران پرستار از محدودیت های مهم اجرای این طرح بود . بسیاری از پرستاران تمایلی به تکمیل پرسشنامه نداشتند و در نهایت از تعداد پرسشنامه هایی که آنالیز میشد کاسته شد.

ملاحظات اخلاقی:

به کلیه شرکت کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند. در صورت ارائه اطلاعات، داده ها به صورت کلی و بدون نام اعلام خواهد شد. پرسشنامه ها بدون نام بود و تنها از افرادی که تمایل داشتند از وضعیت فعلی خواب خود مطلع شوند خواسته شد که نام خود را در پرسشنامه درج کنند.

نتایج و یافته ها

نتایج

در این مطالعه ۳۰۹ نفر از پرستاران مشغول به کار در بیمارستان های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین شرکت کردند. میانگین سنی افراد در این مطالعه ۳۱.۶۷ سال با انحراف از معیار ۶ بود.

محدوده سنی شرکت کنندگان از ۱۸ ساله تا ۵۰ ساله بود. میانگین شاخص توده بدنی شرکت کنندگان در این مطالعه ۲۴.۱۳ با انحراف از معیار ۲.۸۳ و محدوده شاخص توده بدنی نیز از ۱۶ تا ۳۷ را شامل میشد.

جدول ۱. سن پرستاران مورد مطالعه

میانگین	۳۱.۶۷
انحراف معیار	۶
بیشترین	۵۰
کمترین	۱۸

از مجموع ۳۰۹ نفر افراد شرکت کننده در این مطالعه تعداد ۲۸۸ نفر زن و ۲۱ نفر مرد بودند که به ترتیب ۹۳.۲ درصد و ۶.۸ درصد را شامل میشدند.

همچنین ۲۱۹ نفر معادل ۷۰.۹ درصد افراد متاهل و ۹۰ نفر معادل ۲۹.۱ درصد مجرد بودند.

از ۳۰۹ نفر افراد مطالعه، تنها ۹ نفر معادل ۲.۹ درصد در خارج از قزوین سکونت داشتند.

تعداد ۱۲۰ نفر معادل ۳۸.۸ درصد در بخش های اورژانس و تعداد ۱۸۹ نفر معادل ۶۱.۲ درصد در بخش های بستری مشغول به کار بودند.

جدول ۲ افرادی را نشان میدهد که همراه با فرد در یک اتاق میخوابند.

جدول ۲. فرد با چه کسی در یک اتاق میخوابد؟

مادر	۶	۱.۹٪
پدر	۰	۰٪
خواهر یا برادر	۲۱	۶.۸٪
همسر	۱۸۶	۶۰.۲٪
به تنهایی	۹۶	۳۱.۱٪

داده ها نشان داد که ۴.۹٪ افراد هر شب و ۲۸٪ آنها هر چند شب ناچاراً محل خواب خود را عوض میکنند

میانگین ساعتی که پرستاران در شب قبل از رفتن به سر کار به بستر میرفتند، ۲۳:۴۹ دقیقه با انحراف از

معیار ۰.۸۷ بود، که محدوده ساعت ۲۱ تا ساعت ۲ بامداد را شامل می شد.

بررسی داده ها نشان داد که ۲۴۸ نفر از افراد معادل ۸۰.۳ درصد، حداکثر تا ساعت ۲۴ به بستر میروند، در

حالی که ۶۱ نفر از آنها معادل ۱۹.۷ درصد بعد از ساعت ۲۴ به بستر میروند. علل مختلفی برای رفتن به

بستر توسط افراد مطالعه ذکر شد که در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. علت رفتن به بستر در شب های قبل از شیفت

احساس خواب آلودگی	۱۶۵	۵۳.۴٪
تمام شدن کارهای روزمره	۱۰۵	۳۴٪
تمام شدن برنامه های تلویزیون	۳	۱٪
خوابیدن سایر افراد حاضر	۳۶	۱۱.۷٪

همچنین میانگین زمان بیدار شدن از خواب در روز های شیفت کاری، ۶:۳۰ دقیقه با انحراف معیار ۰.۷۷

بود. علل مختلفی که برای بیدار شدن توسط افراد ذکر شده در جدول ۴ آمده است.

در بررسی داده ها مشخص شد که میانگین مدت زمان خواب در شب های قبل از شیفت، ۶ ساعت و ۱۰

دقیقه با انحراف معیار ۰.۸۶ و محدوده ۴ ساعت تا ۸ ساعت است.

جدول ۴. فراوانی علت بیدار شدن پرستاران از خواب در روز های شیفت کاری

بیدار شدن با زنگ ساعت	۱۸۹	۶۱.۲٪
بیدار شدن توسط خانواده	۲۱	۶.۸٪
بیدار شدن به علت سر و صدا	۰	۰٪
جحت استحمام صبحگاهی	۶	۱.۹٪
علت نامعلوم	۱۸	۵.۸٪

علل دیگر	۷۵	٪۲۴.۳
----------	----	-------

همچنین در شب های قبل از شیفت، میانگین مدت زمانی که طول میکشد تا فرد به خواب برود، ۳۲.۸ دقیقه با انحراف از معیار ۲.۳۶ و محدوده ۱ دقیقه تا ۱۲۰ دقیقه بود.

در شب های آخر هفته (یا روز هایی که فرد در روز بعد از آن شیفت کاری ندارد)، میانگین ساعتی که افراد به بستر میروند ۰۰:۲۰ دقیقه بامداد با انحراف از معیار ۰.۹۸ و بازه ی ساعت ۲۲ تا ساعت ۲ بامداد بود. علت رفتن افراد به بستر در جدول ۵ آمده است.

میانگین زمان بیدار شدن از خواب در روز های آخر هفته یا روز های بدون شیفت کاری، ساعت ۹:۰۰ صبح با انحراف از معیار ۱.۴۸ و بازه ی ۵ صبح تا ۱۲ ظهر بود.

جدول ۵. فراوانی علت رفتن پرستاران به بستر در شب های آخر هفته

احساس خواب آلودگی	۱۴۱	٪۴۵.۶
تمام شدن کارهای روزمره	۸۴	٪۲۷.۲
اتمام تماشای تلویزیون	۳۰	٪۹.۷
خوابیدن سایر افراد حاضر	۵۴	٪۱۷.۵

میانگین مدت خواب در شب های آخر هفته ۸ ساعت و ۱۲ دقیقه بود که انحراف از معیار ۱.۴۷ و بازه ی ۴ ساعت تا ۱۲ ساعت داشت. همچنین میانگین مدت زمانی که طول میکشد تا فرد در شب های آخر هفته به خواب برود، ۳۳.۹ دقیقه با انحراف از معیار ۲.۵۸ بدست آمد.

میانگین مدت زمانی از خواب که به نظر افراد، بهترین عملکرد را به دنبال دارد، ۸ ساعت با انحراف از معیار ۱.۲۴ بود.

جدول ۶ فراوانی فعالیت های حاشیه ای را نشان میدهد که فرد در ۲ اخیر در بستر انجام داده است.

جدول ۷ نیز فعالیت هایی را نشان میدهد که افراد در صورت مشکل در به خواب رفتن انجام میدهند.

جدول ۶. فراوانی فعالیت های حاشیه ای پرستاران در بستر طی ۲ هفته اخیر

هر شب		بارها		دو بار		یک بار		هرگز	
مطالعه	۱۵	%۴.۹	۲۴	%۷.۸	۴۸	%۱۵.۵	۳۶	%۱۱.۷	۱۸۶
تماشای تلویزیون	۷۸	%۲۵.۲	۴۸	%۱۵.۵	۳۰	%۹.۷	۱۸	%۵.۸	۱۳۵
خوردن	۳۳	%۱۰.۷	۳۶	%۱۱.۷	۲۷	%۸.۷	۳۰	%۹.۷	۱۸۳
درس خواندن	۳	%۱	۲۱	%۶.۸	۱۸	%۵.۸	۱۸	%۵.۸	۲۴۹
نگرانی و اضطراب	۳۳	%۱۰.۷	۱۰۵	%۳۴	۳۹	%۱۲.۶	۶۰	%۱۹.۴	۷۲

جدول ۷. فراوانی فعالیت های پرستاران در صورت مشکل در به خواب رفتن

ماندن در بستر تا زمان به خواب رفتن	۱۹۵	٪۶۳.۱
مشغول شدن به فعالیت های حاشیه ای در بستر	۴۸	٪۱۵.۵
خروج از بستر و تماشای تلویزیون	۲۴	٪۷.۸
نوشیدن شیر گرم	۶	٪۱.۹
سایر کارها	۳۶	٪۱۱.۷

۱.۳٪ افراد چند شب در هفته، ۶.۵٪ آنها هفته ای یک بار، و ۶.۸٪ ماهی یک بار برای به خواب رفتن از دارو استفاده میکردند. دارو های مورد استفاده عمدتاً استامینوفن کدئین، بنزودیازپین ها و داروهای گروه Z نظیر زولپیدم بود.

جدول ۸ فراوانی اختلالات مختلف خواب را طی دو هفته نشان میدهد.

جدول ۸. فراوانی اختلالات مختلف خواب پرستاران طی دو هفته اخیر

هر روز		۵ یا ۶ بار		۳ یا ۴ بار		۱ یا ۲ بار		هیچگاه		نمیدانم	
۱۱۷	۳۷.۹٪	۳۰	۹.۷٪	۲۱	۶.۸٪	۳۶	۱۱.۷٪	۱۰۵	۳۴٪	۰	۰٪
نیاز به زنگ ساعت بیش از یک مرتبه جهت بیدار شدن											
۰	۰٪	۳	۱٪	۱۵	۴.۹٪	۷۵	۲۴.۳٪	۲۰۷	۶۷٪	۹	۲.۹٪
دیر رسیدن به محل کار به علت خواب ماندن											
۰	۰٪	۳	۱٪	۹	۲.۹٪	۶۶	۲۱.۴٪	۲۲۵	۷۲.۸٪	۶	۱.۹٪
به خواب رفتن ناخواسته در محل کار											
۴۸	۱۵.۵٪	۲۷	۸.۷٪	۷۲	۲۳.۳٪	۱۳۲	۴۲.۷٪	۳۰	۹.۷٪	۰	۰٪
احساس خواب آلودگی در طول روز											
۵۴	۱۷.۵٪	۶۰	۱۹.۴٪	۶۰	۱۹.۴٪	۷۲	۲۳.۳٪	۴۵	۱۴.۶٪	۱۸	۵.۸٪
رفتن به رختخواب به علت خواب آلودگی شدید											
۵۴	۱۷.۵٪	۶۳	۲۰.۴٪	۶۶	۲۱.۴٪	۸۴	۲۷.۲٪	۴۲	۱۳.۶٪	۰	۰٪
خواب بعد از ظهر											
۱۲	۳.۹٪	۶۰	۱۹.۴٪	۵۴	۱۷.۵٪	۹۹	۳۲٪	۶۹	۲۲.۳٪	۱۵	۴.۹٪
بیدار بودن تا ساعت ۳ بامداد											
۰	۰٪	۲۱	۶.۸٪	۳۳	۱۰.۷٪	۶۳	۲۰.۴٪	۱۷۴	۵۶.۳٪	۱۸	۵.۸٪
بیدار بودن در سراسر طول شب											
۲۱	۶.۸٪	۳۶	۱۱.۷٪	۳۶	۱۱.۷٪	۱۲۹	۴۱.۷٪	۷۲	۲۳.۳٪	۱۵	۴.۹٪
به سختی به خواب رفتن											
۱۵	۴.۹٪	۳۹	۱۲.۶٪	۴۲	۱۳.۶٪	۱۰۲	۳۳٪	۱۰۲	۳۳٪	۹	۲.۹٪
اختلال در تداوم خواب در اوایل صبح											

افکار ترسناک در هنگام خوابیدن	۶	۱۹٪	۲۴	۷۸٪	۳۹	۱۲٪	۸۴	۲۷٪	۱۳۸	۴۴٪	۱۸	۵۸٪
کابوس شبانه	۶	۱۹٪	۱۲	۳۹٪	۳۳	۱۰٪	۱۱۲	۳۶٪	۱۲۸	۴۱٪	۱۸	۵۸٪
راه رفتن در خواب	۹	۲۹٪	۳	۱٪	۱۵	۴٪	۹	۲٪	۲۵۵	۸۲٪	۱۸	۵۸٪
خواب مطلوب و مناسب شبانه	۳۹	۱۲٪	۶۹	۲۲٪	۹۶	۳۱٪	۷۸	۲۵٪	۲۴	۷٪	۳	۱٪
یک بار بیدار شدن در طی شب	۵۷	۱۸٪	۳۳	۱۰٪	۶۶	۲۱٪	۹۹	۳۲٪	۳۹	۱۲٪	۱۵	۴٪
بیش از یک بار بیدار شدن طی شب	۴۲	۱۳٪	۳۹	۱۲٪	۴۵	۱۴٪	۹۹	۳۲٪	۵۷	۱۸٪	۲۷	۸٪
خر و پف	۳	۱٪	۱۵	۴٪	۲۱	۶٪	۱۸	۵٪	۲۰۷	۶۷٪	۴۵	۱۴٪
خروپف با صدای بلند	۳	۱٪	۱۸	۵٪	۰	۰٪	۲۴	۷٪	۲۲۸	۷۳٪	۳۶	۱۱٪
آپنه خواب (دیس پنه و سپس عطش هوا)	۶	۱۹٪	۳	۱٪	۱۲	۳٪	۳۰	۹٪	۲۲۸	۷۳٪	۳۰	۹٪
احساس رضایت از خواب	۴۸	۱۵٪	۶۰	۱۹٪	۸۱	۲۶٪	۶۹	۲۲٪	۳۳	۱۰٪	۱۸	۵٪
حرکات مکرر پا در خواب	۲۱	۶٪	۳۶	۱۱٪	۳۰	۹٪	۶۹	۲۲٪	۱۲۹	۴۱٪	۲۴	۷٪
حملات ضعف عضلانی هنگام خنده یا گریه	۱۲	۳٪	۱۵	۴٪	۱۵	۴٪	۳۰	۹٪	۲۰۴	۶۶٪	۳۳	۱۰٪

جدول ۹ فراوانی عادات فردی و شرایط محیطی حاکم بر وضعیت خواب پرستاران را نشان می‌دهد که آیتم

های آن از مطالعات مختلف مرتبط با خواب اقتباس شده است.

جدول ۹. فراوانی عادات فردی و محیطی بهداشت خواب در پرستاران

عادات بهداشت خواب		بله		خیر	
داشتن زمان مشخص روزانه برای بیدار شدن		۱۸۳	۵۹٪	۱۲۶	۴۰٪
ورزش روزانه		۳۰	۹٪	۲۷۹	۹۰٪
اختصاص زمانی برای بررسی فشارهای روانی روزانه		۱۵۹	۵۱٪	۱۵۰	۴۸٪
داشتن رفتارهای منظم و ثابت قبل از خواب		۱۴۴	۴۶٪	۱۶۵	۵۳٪
گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب		۶۶	۲۱٪	۲۴۳	۷۸٪
رفتن به بستر در صورت خواب آلود بودن		۲۵۸	۸۳٪	۵۱	۱۶٪

صحبت با پزشک درباره مشکلات مرتبط با خواب	۵۱	۱۶.۵	۲۵۸	%۸۳.۵
راحت بودن بستر	۲۸۵	%۹۲.۲	۲۴	%۷.۸
تاثیر منفی افراد حاضر در اتاق بر کیفیت خواب	۳۹	%۱۲.۶	۲۷۰	%۸۷.۴
بی خطر و مصون بودن اتاق خواب	۲۷۶	%۸۹.۳	۳۳	%۱۰.۷
آرام و خنک بودن اتاق خواب	۲۴۶	%۷۹.۶	۶۳	%۲۰.۴
تاریک بودن اتاق خواب	۲۳۴	%۷۵.۷	۷۵	%۲۴.۳
ورزش کردن نزدیک زمان خواب	۱۸	%۵.۸	۲۹۱	%۹۴.۲
مصرف کافئین زیاد در طی روز	۷۸	%۲۵.۲	۲۳۱	%۷۴.۸
مصرف کافئین به فاصله ۵ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۱۱۷	%۳۷.۹	۱۹۲	%۶۲.۱
مصرف سیگار به فاصله ۳ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۱۲	%۳.۹	۲۹۷	%۹۶.۱
مصرف غذای سنگین یا حجیم به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۷۵	%۲۴.۳	۲۴۳	%۷۵.۷
مصرف مایعات زیاد به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۱۵۰	%۴۸.۵	۱۵۹	%۵۱.۵
مصرف الکل به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۲۱	%۶.۸	۲۸۸	%۹۳.۲
چرت زدن گهگاهی در طی روز	۱۹۸	%۶۴.۱	۱۱۱	%۳۵.۹
مصرف داروهای غیر نسخه ای قبل از خواب	۲۴	%۷.۸	۲۸۵	%۹۲.۲
پرداختن به فعالیت های محرک قبل از خواب (مشاجره، تلویزیون و...)	۲۱۰	%۶۸	۹۹	%۳۲
فکر کردن به کارهای روز بعد قبل از خواب	۲۹۱	%۹۴.۲	۱۸	%۵.۸
فکر کردن به وقایع روزانه قبل از خواب	۲۷۹	%۹۰.۳	۳۰	%۹.۷
نگرانی درباره اتفاقات خانه یا محل کار قبل از خواب	۲۱۳	%۶۸.۹	۹۶	%۳۱.۱

گوش دادن به موسیقی با صدای بلند قبل از خواب	۴۸	%۱۵.۵	۲۶۱	%۸۴.۵
تجربه به خواب رفتن ناخواسته هنگام تماشای تلویزیون	۱۹۸	%۶۴.۱	۱۱۱	%۳۵.۹
روشن گذاشتن چراغ اتاق هنگام خوابیدن	۶۶	%۲۱.۴	۲۴۳	%۷۸.۶
خواب ظهرگاهی یا عصرگاهی بیش از یک ساعت	۱۷۷	%۵۷.۳	۱۳۲	%۴۲.۷

پرسشنامه ی ۷ آیتمی پیتزبورگ که از ۸۹.۶٪ حساسیت و ۸۶.۵٪ اختصاصیت برخوردار است، نگرش فرد

به کیفیت خواب را طی ۴ هفته بررسی میکند و نهایتاً به هر یک از سوالات امتیاز ۰ تا ۳ داده میشود. نمره

کلی بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود. نمره ی بالاتر از ۵ به عنوان یک اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی میشود.

جدول ۱۰. فراوانی امتیازات پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در پرستاران

هرگز		کمتر از یک بار در هفته		یک یا دو بار در هفته		سه بار یا بیشتر در هفته		
۹۳	۳۰.۱٪	۹۰	۲۹.۱٪	۸۷	۲۸.۲٪	۳۹	۱۲.۶٪	عدم توانایی در به خواب رفتن طی ۳۰ دقیقه
۴۸	۱۵.۵٪	۱۰۲	۳۳٪	۹۳	۳۰.۱٪	۶۶	۲۱.۴٪	بیدار شدن در نیمه شب یا اوایل صبح
۴۵	۱۴.۶٪	۹۶	۳۱.۱٪	۹۰	۲۹.۱٪	۷۸	۲۵.۲٪	بیدار شدن برای رفتن به دستشویی
۲۴۰	۷۷.۷٪	۲۷	۸.۷٪	۲۴	۷.۸٪	۱۸	۵.۸٪	مشکل در تنفس
۲۳۴	۷۵.۷٪	۳۶	۱۱.۷٪	۲۴	۷.۸٪	۱۵	۴.۹٪	سرفه یا خروپف شدید
۱۵۹	۵۱.۵٪	۱۰۲	۳۳٪	۲۱	۶.۸٪	۲۷	۸.۷٪	احساس سرمای زیاد
۶۶	۲۱.۴٪	۱۰۵	۳۴٪	۱۰۸	۳۵٪	۳۰	۹.۷٪	احساس گرمای زیاد
۱۱۷	۳۷.۹٪	۱۱۷	۳۷.۹٪	۵۷	۱۸.۴٪	۱۸	۵.۸٪	رویا های بد طی شب
۱۷۱	۵۵.۳٪	۷۸	۲۵.۲٪	۴۵	۱۴.۶٪	۵	۴.۹٪	درد جسمانی

مصرف دارو جهت کمک به خواب	۲۶۴	%۸۵.۴	۲۱	%۶۸	۱۲	%۳.۹	۱۲	%۳.۹
خواب آلودگی شدید هنگام رانندگی یا کار	۲۰۱	%۶۵	۶۹	%۲۲.۳	۲۷	%۸.۷	۱۲	%۳.۹
داشتن انگیزه برای انجام کارهای شغلی	۴۲	۱۳.۶	۸۴	%۲۷.۲	۱۰۸	%۳۵	۷۵	%۲۴.۳

جدول ۱۱ فراوانی امتیازات بدست آمده در پرسشنامه شاخص شدت بیخوابی را نشان می‌دهد. جمع

امتیازات هر فرد در بازه ی ۰ تا ۲۸ قرار می‌گیرد. هرچقدر امتیاز فرد بیشتر باشد، شدت بیخوابی وی بالاتر

است

جدول ۱۱. فراوانی امتیازات ISI (شاخص شدت بیخوابی) در پرستاران

مشکل در به خواب رفتن	هرگز(۰)		کمی(۱)		متوسط(۲)		شدید(۳)		بسیار شدید(۴)	
مشکل در به خواب رفتن	۶۶	%۲۱.۴	۹۰	%۲۹.۱	۱۰۸	%۳۵	۲۷	%۸.۷	۱۸	%۵.۸
مشکل در تداوم خواب	۶۶	%۲۱.۴	۶۹	%۲۲.۳	۱۱۷	%۳۷.۹	۴۵	%۱۴.۶	۱۲	%۳.۹
مشکل در زود بیدار شدن	۵۴	%۱۷.۵	۶۰	%۱۹.۴	۱۰۸	%۳۵	۷۵	%۱۸.۴	۳۰	%۹.۷
میزان رضایت از الگوی خواب	۱۸	%۵.۸	۶۹	%۲۲.۳	۱۵۳	%۴۹.۵	۵۱	%۱۶.۵	۱۸	%۵.۸
تداخل مشکلات خواب با عملکرد روزانه	۳۶	%۱۱.۷	۸۱	%۲۶.۲	۹۰	%۲۹.۱	۷۵	%۲۴.۳	۲۷	%۸.۷
شدت اختلالات خواب نسبت به سایرین	۷۲	%۲۳.۳	۷۸	%۲۵.۲	۱۰۵	%۳۴	۳۶	%۱۱.۷	۱۸	%۵.۸
میزان نگرانی درباره مشکلات خواب	۹۹	%۳۲	۶۹	%۲۲.۳	۹۳	%۳۰.۱	۳۰	%۹.۷	۱۸	%۵.۸

میانگین مجموع امتیازات ISI افراد، ۱۱.۶۲ با انحراف از معیار ۵.۶۱ به دست آمد.

جدول ۱۲. فراوانی شدت اختلال خواب با توجه به دسته بندی ISI

غیر قابل توجه	۷۵	٪۲۴.۳
تحت بالینی	۱۳۲	٪۴۲.۷
بالینی	۸۷	٪۲۸.۲
شدید	۱۵	٪۴.۹

جدول ۱۳. ارتباط عادات خوب و بد با شدت بیخوابی بر اساس مقایسه امتیاز ISI پرستاران

P.value	میانگین امتیاز ISI		عادات بهداشت خواب
	خیر	بله	
۰.۰۰۱	۱۲.۹۵±۵.۶	۱۰.۷±۵.۴	داشتن زمان مشخص روزانه برای بیدار شدن
۰.۴	۱۱.۵۳±۵.۶	۱۲.۴±۵.۲	ورزش روزانه
۰.۳۶	۱۱.۹۲±۶.۲	۱۱.۳۳±۴.۹	اختصاص زمانی برای بررسی فشارهای روانی روزانه
۰.۷	۱۱.۵۰±۵.۴	۱۱.۷۵±۵.۷	داشتن رفتارهای منظم و ثابت قبل از خواب
۰.۰۰۲	۱۱.۱۷±۵.۸	۱۳.۲۷±۴.۵	گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب
۰.۰۰۱>	۱۴.۸۱±۵.۴	۱۱.۱۶±۵.۳	رفتن به بستر در صورت خواب آلود بودن
۰.۰۱۵	۱۱.۳۳±۵.۸	۱۳.۰۵±۴.۲	صحبت با پزشک درباره مشکلات مرتبط با خواب
۰.۰۰۱>	۱۷.۲۵±۵.۷	۱۱.۱۷±۵.۳	راحت بودن بستر

۰.۰۰۱	11.23 ± 0.4	14.30 ± 0.6	تاثیر منفی افراد حاضر در اتاق بر کیفیت خواب
۰.۰۱	13.63 ± 4.4	11.38 ± 0.7	بی خطر و مصون بودن اتاق خواب
۰.۱۷	12.47 ± 0.7	11.40 ± 0.5	آرام و خنک بودن اتاق خواب
۰.۴۱	11.20 ± 4.8	11.75 ± 0.8	تاریک بودن اتاق خواب
۰.۴۳	11.57 ± 0.7	12.33 ± 3.7	ورزش کردن نزدیک زمان خواب
۰.۰۳۸	11.22 ± 0.4	12.80 ± 0.8	مصرف کافئین زیاد در طی روز
۰.۰۰۱>	10.51 ± 0.6	13.43 ± 0.1	مصرف کافئین به فاصله ۵ ساعت یا کمتر از زمان خواب
۰.۶۵	11.63 ± 0.7	11.25 ± 2.7	مصرف سیگار به فاصله ۳ ساعت یا کمتر از زمان خواب
۰.۰۴۱	11.26 ± 0.7	12.72 ± 0.1	مصرف غذای سنگین یا حجیم به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب
۰.۰۴۵	11 ± 0.7	12.28 ± 0.4	مصرف مایعات زیاد به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب
۰.۷۵	11.59 ± 0.7	12 ± 2.8	مصرف الکل به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب
۰.۰۳۴	10.7 ± 0.7	12.13 ± 0.4	چرت زدن گهگاهی در طی روز
۰.۰۰۴	11.30 ± 0.4	15.37 ± 6.1	مصرف داروهای غیر نسخه ای قبل از خواب
۰.۰۱۵	10.60 ± 4.4	12.10 ± 0.6	پرداختن به فعالیت های محرک قبل از خواب (مشاهده، تلویزیون و...)
۰.۵۴	10.83 ± 6.1	11.67 ± 0.5	فکر کردن به کارهای روز بعد قبل از خواب
۰.۰۰۳	8.30 ± 0.6	11.97 ± 0.4	فکر کردن به وقایع روزانه قبل از خواب
۰.۰۰۱>	9.03 ± 4.9	12.78 ± 0.5	نگرانی درباره اتفاقات خانه یا محل کار قبل از خواب

۰.۱۷	11.78 ± 0.7	10.75 ± 0.6	گوش دادن به موسیقی با صدای بلند قبل از خواب
۰.۲۰	12.16 ± 0.5	11.31 ± 0.6	تجربه به خواب رفتن ناخواسته هنگام تماشای تلویزیون
۰.۰۵۹	11.92 ± 0.6	10.50 ± 0.3	روشن گذاشتن چراغ اتاق هنگام خوابیدن
۰.۲۱	12.09 ± 0.9	11.27 ± 0.3	خواب ظهرگاهی یا عصرگاهی بیش از یک ساعت

در این مطالعه، عادات خواب مورد نظر، یک به یک با توجه به میانگین امتیاز افراد در پرسشنامه ISI مورد آنالیز قرار گرفت تا تاثیر گذاری و تاثیر پذیری هر یک از این عادات در رابطه با شدت بیخوابی افراد، به طور مستقل مشخص شود.

طی بررسی ها مشخص شد که کسانی که هر روز زمان مشخص و ثابتی از خواب بیدار میشوند، به طور معنی داری نسبت به دیگران بیخوابی کمتری دارند. (۰.۰۰۱)

در بررسی تاثیر ورزش بر خواب افراد، کسانی که ورزش روزانه را ذکر میکردند، اختلاف معنی داری در کمیت خواب با سایر افراد نداشتند که احتمالا علت نبود اختلاف، کم بودن تعداد ورزش کنندگان در این مطالعه و همچنین نبود یک تعریف مشخص برای ورزش هنگام پاسخگویی به سوالات میباشد. (۰.۴)

کسانی که هر روز زمان مشخصی را به بررسی فشارهای روانی و فهرست کردن وظایف روز بعد اختصاص میدادند، از نظر شدت بیخوابی اختلاف واضحی با سایرین نداشتند. (۰.۳۶)

همچنین در کسانی که رفتارهای ثابت و منظم قبل از خواب داشتند نیز تفاوتی در شدت بیخوابی نسبت به سایر افراد دیده نشد. به نظر میرسد که خوب یا بد بودن عادات قبل از خواب اهمیت بیشتری نسبت به ثبات و نظم این عادات در تعیین شدت بیخوابی شبانه داشته باشد. (۰.۷)

یکی از نتایج جالب این مطالعه این بود که گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب برخلاف باور رایج، در این مطالعه با تخریب معنی داری در میزان خواب شبانه همراهی داشت. (۰.۰۰۲)

کسانی که هنگام خواب آلودگی به بستر می‌رفتند به طور واضح و معنی داری بیخوابی کمتری نسبت به سایر افراد داشتند. از این لحاظ به نظر می‌رسد که تبعیت از ریتم بیولوژیک بدن، نقش زیادی در تعیین کمیت خواب داشته باشد. (۰.۰۰۱۶)

در کسانی که با پزشک در مورد مشکلات تاثیر گذار بر خواب مشورت کرده بودند، شدت اختلالات خواب به طور معنی داری بیشتر از سایرین بود. به نظر می‌رسد که مشورت با پزشک درباره مشکلات خواب، بیشتر از نتایج اختلالات خواب باشد تا از علل آن. (۰.۰۱۵)

راحت نبودن بستر، ارتباط معنی دار و واضحی با تشدید بیخوابی نشان داد. (۰.۰۰۱۶)

در پاسخ به این سوال که "آیا کسی که در کنار شما می‌خوابد، تاثیر منفی بر خواب شما دارد؟" مشخص شد که کسانی که به این سوال پاسخ مثبت دادند، به طور معنی داری دچار بیخوابی شدید تری نسبت به سایرین هستند. (۰.۰۰۱)

امنیت و مصون بودن اتاق خواب، تاثیر به سزا و معنی داری را بر شدت بیخوابی نشان داد. (۰.۰۱)

آرام و خنک بودن اتاق خواب، تاثیر معنی داری را بر روی سطح شدت بیخوابی نشان نداد. (۰.۱۷)

تاریک بودن اتاق خواب نیز تاثیر معنی داری را بر شدت بیخوابی نشان نداد. (۰.۴۱)

بین ورزش کردن نزدیک به زمان خواب و شدت بیخوابی نیز ارتباط واضحی دیده نشد. (۰.۴۳)

طی بررسی ها مشخص شد که مصرف کافئین زیاد در طول روز با بیخوابی افراد ارتباط قابل توجهی دارد که از نظر آماری نیز معنی دار است (۰.۰۳۸). در صورت مصرف کافئین با فاصله کمتر از ۵ ساعت از زمان

خواب، تخریب ایجاد شده در کمیت خواب، شدید تر و قابل توجه تر خواهد بود. (۰.۰۰۱۶)

سیگار کشیدن به فاصله ی کمتر از ۳ ساعت از زمان خواب، در این مطالعه تاثیر قابل توجهی را در شدت بیخوابی نداشت که البته لازم به ذکر است که فراوانی افراد سیگاری در این مطالعه بسیار کم بود. (۰.۶۵)

مصرف غذای سنگین و حجیم با فاصله کمتر از ۲ ساعت از زمان خواب، با سطوح شدید تر بیخوابی

ارتباط بود که این ارتباط از نظر آماری نیز معنی دار بود. (۰.۰۴۱)

همچنین مصرف مایعات زیاد به فاصله کمتر از ۲ ساعت از زمان خواب نیز با سطوح شدید تری از بیخوابی

همراه بود که این اختلاف هم از نظر آماری معنی دار بود. (۰.۰۴۵)

مصرف الکل با فاصله کمتر از ۲ ساعت از زمان خواب، ارتباط معنی داری را با شدت بیخوابی نشان

نداد. (۰.۷۵)

افرادی که چرت زدن گهگاهی را در طول روز ذکر میکردند، بیخوابی شدید تری نسبت به سایرین داشتند

که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. (۰.۰۳۴)

مصرف داروهای غیر نسخه ای قبل از خواب، ارتباط معنی داری را با شدت بیخوابی نشان داد. (۰.۰۰۴)

پرداختن به فعالیت های محرک از قبیل تماشای تلویزیون، مشاجره و فعالیت هایی از این دست قبل از

خواب نیز به طور معنی داری در افرادی که بیخوابی شدیدتری داشتند شایع تر بود. (۰.۰۱۵)

فکر کردن به برنامه های روز بعد قبل از خواب ارتباط معنی داری با کمیت خواب افراد نداشت. (۰.۵۴)

فکر کردن به اتفاقاتی که در طول روز رخ داده است (مرور ذهنی رخداد های روزمره)، به طور معنی داری با افت کیفیت خواب همراه بود. همچنین مشخص شد که به طور میانگین، بهترین کیفیت خواب را افرادی دارند که بدون فکر کردن به اتفاقاتی که طی روز پشت سر گذاشته اند به بستر میروند. (۰.۰۰۳)

نگرانی درباره اتفاقات خانه یا محل کار نیز ارتباطی معنی دار با افت کیفیت خواب نشان داد. ($0.001 >$)

گوش دادن به موسیقی با صدای بلند، تاثیر قابل توجهی را بر وضعیت خواب شبانه نشان نداد. (۰.۱۷)

افرادی که تجربه ی به خواب رفتن در حین تماشای تلویزیون را ذکر میکردند تفاوت معنی داری از نظر وضعیت خواب با سایرین نشان ندادند. (۰.۲۰)

روشن بودن چراغ اتاق هنگام خواب نیز ارتباط معنی داری با شدت بیخوابی نداشت. (۰.۰۵۹)

خواب بیش از یک ساعت در اوقات ظهر یا عصر با بیخوابی ارتباط معنی داری را نشان نداد. (۰.۲۱)

جدول ۱۴. ارتباط عادات بهداشت خواب با کیفیت خواب

P.value	کیفیت بد		کیفیت خوب		عادات بهداشت خواب
	خییر	بله	خییر	بله	
۰.۳۵	۴۵	۷۵	۸۱	۱۰۸	داشتن زمان مشخص روزانه برای بیدار شدن
	%۳۷.۵	%۶۲.۵	%۴۲.۹	%۵۷.۱	
۰.۱۸	۱۰۵	۱۵	۱۷۴	۱۵	ورزش روزانه

	٪۸۷.۵	٪۱۲.۵	٪۹۲.۱	٪۷.۹	
۰.۲۶	۶۳	۵۷	۸۷	۱۰۲	اختصاص زمانی برای بررسی فشارهای روانی روزانه
	٪۵۲.۵	٪۴۷.۵	٪۴۶	٪۵۴	
۰.۲۴	۶۹	۵۱	۹۶	۹۳	داشتن رفتارهای منظم و ثابت قبل از خواب
	٪۵۷.۵	٪۴۲.۵	٪۵۰.۸	٪۴۹.۲	
۰.۶۴	۹۶	۲۴	۱۴۷	۴۲	گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب
	٪۸۰	٪۲۰	٪۷۷.۸	٪۲۲.۲	
۰.۰۰۱>	۳۳	۸۷	۱۸	۱۷۱	رفتن به بستر در صورت خواب آلود بودن
	٪۲۷.۵	٪۷۲.۵	٪۹.۵	٪۹۰.۵	
۰.۰۱۴	۱۰۸	۱۲	۱۵۰	۳۹	صحبت با پزشک درباره مشکلات مرتبط با خواب
	٪۹۰	٪۱۰	٪۷۹.۴	٪۲۰.۶	
۰.۸۸	۹	۱۱۱	۱۵	۱۷۴	راحت بودن بستر
	٪۷.۵	٪۹۲.۵	٪۷.۹	٪۹۲.۱	
۰.۰۴	۹۹	۲۱	۱۷۱	۱۸	تاثیر منفی افراد حاضر در اتاق بر کیفیت خواب
	٪۸۲.۵	٪۱۷.۵	٪۹۰.۵	٪۹.۵	
۰.۰۰۲	۲۱	۹۹	۱۲	۱۷۷	بی خطر و مصون بودن اتاق خواب
	۱۷.۵	٪۸۲.۵	٪۶.۳	٪۹۳.۷	
۰.۴۶	۲۷	۹۳	۳۶	۱۵۳	آرام و خنک بودن اتاق خواب
	٪۲۲.۵	٪۷۷.۵	٪۱۹	٪۸۱	

تاریک بودن اتاق خواب	۱۵۰	۳۹	۸۴	۳۶	۰.۰۶
	%۷۹.۴	%۲۰.۶	%۷۰	%۳۰	
ورزش کردن نزدیک زمان خواب	۶	۱۸۳	۱۲	۱۰۸	۰.۰۱۳
	%۳.۲	%۹۶.۸	%۱۰	%۹۰	
مصرف کافئین زیاد در طی روز	۴۸	۱۴۱	۳۰	۹۰	۰.۹۳
	%۲۵.۴	%۷۴.۶	%۲۵	%۷۵	
مصرف کافئین به فاصله ۵ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۷۵	۱۱۴	۴۲	۷۸	۰.۴
	%۳۹.۷	%۶۰.۳	%۳۵	%۶۵	
مصرف سیگار به فاصله ۳ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۹	۱۸۰	۳	۱۱۷	۰.۳۱
	%۴.۸	%۹۵.۲	%۲.۵	%۹۷.۵	
مصرف غذای سنگین یا حجیم به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۴۸	۱۴۱	۲۷	۹۳	۰.۵۶
	%۲۵.۴	%۷۴.۶	%۲۲.۵	%۷۷.۵	
مصرف مایعات زیاد به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۸۴	۱۰۵	۶۶	۵۴	۰.۰۷
	%۴۴.۴	%۵۵.۶	%۵۵	%۴۵	
مصرف الکل به فاصله ۲ ساعت یا کمتر از زمان خواب	۹	۱۸۰	۱۲	۱۰۸	۰.۰۷۵
	%۴.۸	%۹۵.۲	%۱۰	%۹۰	
چرت زدن گهگاهی در طی روز	۱۳۵	۵۴	۶۳	۵۷	۰.۰۰۱
	۷۱.۴	%۲۸.۶	%۵۲.۵	%۴۷.۵	
مصرف داروهای غیر نسخه ای قبل از خواب	۱۲	۱۷۷	۱۲	۱۰۸	۰.۲۴

	٪۹۰	٪۱۰	٪۹۳.۷	٪۶.۳	
۰.۵۴	۳۶	۸۴	۶۳	۱۲۶	پرداختن به فعالیت های محرک قبل از خواب (مشاجره، تلویزیون و...)
	٪۳۰	٪۷۰	٪۳۳.۳	٪۶۶.۷	
۰.۶۲	۶	۱۴۴	۱۲	۱۷۷	فکر کردن به کارهای روز بعد قبل از خواب
	٪۵	٪۹۵	٪۶.۳	٪۹۳.۷	
۰.۸۹	۱۲	۱۰۸	۱۸	۱۷۱	فکر کردن به وقایع روزانه قبل از خواب
	٪۱۰	٪۹۰	٪۹.۵	٪۹۰.۵	
۰.۰۰۱	۲۴	۹۶	۷۲	۱۱۷	نگرانی درباره اتفاقات خانه یا محل کار قبل از خواب
	٪۲۰	٪۸۰	٪۳۸.۱	٪۶۱.۹	
۰.۲۴	۱۰۵	۱۵	۱۵۶	۳۳	گوش دادن به موسیقی با صدای بلند قبل از خواب
	٪۸۷.۵	٪۱۲.۵	٪۸۲.۵	٪۱۷.۵	
۰.۰۵۵	۵۱	۶۹	۶۰	۱۲۹	تجربه به خواب رفتن ناخواسته هنگام تماشای تلویزیون
	٪۴۲.۵	٪۵۷.۵	٪۳۱.۷	٪۶۸.۳	
۰.۰۰۲	۱۰۵	۱۵	۱۳۸	۵۱	روشن گذاشتن چراغ اتاق هنگام خوابیدن
	٪۸۷.۵	٪۱۲.۵	٪۷۳	٪۲۷	
۰.۰۰۱	۶۶	۵۴	۶۶	۱۲۳	خواب ظهرگاهی یا عصرگاهی بیش از یک ساعت
	٪۵۵	٪۴۵	٪۳۴.۹	٪۶۵.۱	

در این مطالعه، عادات خواب مورد نظر، یک به یک با توجه به میزان رضایت فرد از کیفیت خواب مورد آنالیز قرار گرفت تا تاثیر گذاری و تاثیر پذیری هر یک از این عادات در رابطه با سطح کیفیت خواب افراد افراد، به طور مستقل مشخص شود

در بررسی ها مشخص شد که افرادی که هنگام خواب آلودگی به بستر میروند، به طور معنی داری از سایرین کیفیت خواب بهتری دارند. ($0.001 >$) همچنین تاثیر منفی افرادی که با پرستاران در یک اتاق میخوابند، به طور معنی داری بر کیفیت خواب پرستاران مشخص گردید. (0.04)

طی آنالیز داده ها، معلوم شد که "بی خطر و مصون بودن اتاق خواب" تاثیر قابل توجه و معنی داری در کیفیت خواب دارد. (0.002) انجام ورزش نزدیک به زمان خواب نیز باعث افت معنی داری در کیفیت خواب میشود. (0.013)

نکته ی دیگر اینکه نگرانی درباره ی رویداد های خانه یا محل کار، ارتباط معنی داری با افت کیفیت خواب افراد داشت و همان طور که قبل تر ذکر شد، این گونه نگرانی ها باعث اختلال در کمیت خواب نیز میگردد. (0.001)

بحث و نتیجه گیری

در قسمت نتایج مشاهده شد که شیوع کیفیت بد خواب و بیخوابی در کادر پرستاری نسبتاً بالا بوده و همچنین تاثیر قابل توجه شرایط رفتاری و محیطی تحت عنوان عادات بهداشت خواب بر کیفیت و کمیت خواب مشخص شد.

نتایج نشان داد که نه تنها فراوانی عادات غلط بهداشت خواب در پرستاران زیاد است، بلکه تاثیر این عادات بر افت کیفیت خواب شبانه نیز زیاد و از نظر آماری معنی دار بود.

میانگین ساعت شروع خواب در پرستاران ۲۳:۴۹ دقیقه بوده و به طور میانگین ۳۲.۸ دقیقه به خواب رفتن آنها به طول می انجامد، و میانگین کل ساعت خواب آنها ۶ ساعت و ۱۰ دقیقه است که از میانگین توصیه شده برای خواب افراد که ۷ ساعت و ۳۰ دقیقه است، ۱ ساعت و ۲۰ دقیقه کمتر است. این نشان می دهد که به طور کلی پرستاران دچار کمبود خواب میباشند که با سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد.

در مطالعه ای که در استونی روی ۴۱۳ دانشجوی پزشکی انجام شد، به طور کلی مشخص شد که ۶۹٪ از آنها کیفیت خواب خوب و ۳۱٪ کیفیت خواب بد دارند. همچنین تاثیر مثبت کیفیت خواب بر سطح عملکرد تحصیلی آنها از نظر آماری معنی دار بود. (۳)

در مطالعه ای دیگر در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که بر روی ایترن ها و رزیدنت ها انجام شده بود، مشخص شد که از ۳۴۰ نفر افراد مطالعه، تعداد ۲۱۲ نفر معادل ۶۲.۴٪ کیفیت خواب بد و ۳۷.۶٪ کیفیت خواب خوب دارند و بیشترین تخریب در کیفیت خواب، مرتبط با دوره رزیدنتی، سکونت در خوابگاه، تاهل و معدل بالای ۱۷ بود. (۶)

در مطالعه ی ما، کیفیت خواب بد در ۳۸.۸٪ از پرستاران مشاهده شد، که مشابه با مطالعه ی فوق بوده و البته رقم بسیار قابل توجهی است. با توجه به نتایج مطالعه ی ما و مطالعه ای که در زاهدان انجام شده، پر واضح است که کار در سیستم درمان، خواه در پرستاران و خواه پزشکان، ایجاد اختلالات کمی و کیفی خواب را به دنبال دارد.

تا به امروز مطالعات زیادی درباره ی عادت های بهداشت خواب انجام نشده است و اکثر این مطالعات نیز در جهت بررسی آگاهی های فردی از این عادات بوده و بر وجود یا عدم وجود این عادات در افراد متمرکز نبوده است.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۵ بر روی ۶۲۵ فرد بزرگسال با هدف بررسی آگاهی افراد از عادات بهداشت خواب و ارتباط آن با الگوی خواب انجام شده، نتایج تاثیر قابل توجه سن را در این باره نشان داده به طوری که افراد جوان کمترین آگاهی را نسبت به آیتم های مرتبط با بهداشت خواب داشتند (۰.۰۰۱). (۲۴)

در مطالعه ی ما، اختصاصا عادات روزانه فردی و شرایط محیطی تاثیر گذار بر وضعیت خواب افراد، یک به یک بررسی شد تا تاثیر متقابل این عادات با شرایط کمی و کیفی خواب مشخص شود، که این دیدگاه در کمتر مطالعه ای به چشم میخورد. البته در سال ۲۰۱۴ یک مطالعه در شهر نیویورک با هدف بررسی ارتباط بین بهداشت خواب و شدت بیخوابی بر روی ۵۴۸ دانش آموز انجام شده که در آن نقش بسیار پررنگ "الگوی نامنظم خواب ۲۴ ساعته" در بروز اختلالات واضح و معنی دار خواب به خوبی مشخص شده است که همان طور که مشاهده شد، این تاثیر قابل توجه در مطالعه ی ما نیز تایید شد (۰.۰۰۱). همچنین در این مطالعه عاداتی مثل "استفاده از بستر برای فعالیت هایی غیر از خواب"، "پرداختن به افکار نگران کننده در بستر" و "راحت نبودن جای خواب"، بیشترین ارتباط را با بیخوابی دانش آموزان نشان داد (>۰.۰۰۱)

که این نتایج، کاملا با نتایج مطالعه ما همسو میباشد. (۱۷)

در مطالعه‌ی ما ارتباط بسیاری از عادات رایج روزانه و شرایط محیطی حاکم بر فرد، با بیخوابی و کیفیت خواب مشخص شد. در افرادی که هر روز زمان ثابت و مشخصی برای بیدار شدن از خواب داشتند، شدت بیخوابی کمتر از سایرین بود (۰.۰۰۱). همچنین کسانی که هنگام خواب آلودگی به بستر می‌رفتند، به طور معنی داری خواب مکفی تری نسبت به سایر افراد داشتند. بنابراین به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهم تعیین کننده‌ی کیفیت و کمیت خواب، تبعیت از ریتم بیولوژیک بدن باشد و هر گونه خروج از این ریتم، باعث اختلال در روند خواب ۲۴ ساعته می‌گردد.

البته علل دیگری نیز هستند که می‌توانند ریتم بیولوژیک بدن را دچار shifting یا بی‌نظمی کنند که از مهمترین و رایج ترین آنها میتوان مصرف کافئین را نام برد. در این مطالعه مشخص گردید که مصرف زیاد کافئین زیاد در طول روز با شیوع بیشتر بیخوابی در افراد ارتباط معنی دار دارد. همچنین دیده شد که مصرف کافئین با فاصله کمتر از ۵ ساعت، تخریب واضح تری را در خواب افراد ایجاد می‌کند.

همچنین یکی از مواردی که هم به عنوان یک عادت غلط و هم از پیامدهای کیفیت پایین خواب شبانه قلمداد میشود، خواب طولانی مدت ظهرگاهی یا عصرگاهی است که در ۱۷.۵٪ از پرستاران همه روزه، و در ۲۰.۴٪ از آنها به صورت یک روز در میان وجود داشت. همچنین مشخص شد که ۲۴.۲٪ (یک چهارم) از پرستاران، خواب آلودگی در طول روز دارند. البته این مطالعه نشان داد که پرستارانی که خواب عصرگاهی یا ظهرگاهی دارند، کیفیت خواب بهتری را گزارش میکنند. با توجه به زمان بندی که در زندگی پرستاران شیفت کار یا به طور کلی شغل های دیگر دارای شیفت، وجود دارد، ایجاد خلل در ریتم بیولوژیک امری اجتناب ناپذیر است. بنابراین به نظر می‌رسد که خواب ظهر یا عصر در زندگی شیفت کاران، نه تنها به کیفیت خواب لطمه نمیزند، که میتواند ارتقا دهنده‌ی کیفیت خواب باشد.

نکته ی تامل برانگیز این است که نبود آگاهی و عدم اصلاح این عادات، منجر به تداوم آثار مخرب آن بر وضعیت خواب و متعاقبا روی آوردن افراد به روش های جایگزین از قبیل مصرف دارو جهت بهبود وضعیت خواب میگردد که این روش ها در طول زمان خود به طور مستقل تبدیل به عادات غلط در حیطه بهداشت خواب شده و یک سیکل معیوب ایجاد میکنند.

مساله ای که با دقت تر شدن روی نتایج این مطالعه، میتوان به آن رسید، این است که نقش مخرب عادات منفی بر بیخوابی افراد، بسیار پررنگ تر از نقش ارتقا دهنده ی عادات مثبت میباشد. به عبارت دیگر، به نظر میرسد که کیفیت خواب افراد را تا حد زیادی عادات بد آنها تعیین میکند. پس پر واضح است که برنامه های اجرایی در جهت رفع و اصلاح عادات بد، برای بهبود کیفیت خواب، بازده بالایی خواهد داشت.

با توجه به نتایج این مطالعه، و شیوع بالای بیخوابی و بدخوابی در بین پرسنل کادر پرستاری، و نظر به نقش مهمی که پرستاران در ارتقا و حفظ سلامت آحاد جامعه دارند، لازم است با شناسایی و رفع عوامل فردی و محیطی حاکم بر وضعیت خواب افراد، و همچنین ارائه برنامه های آموزشی مناسب، در جهت بهبود عملکرد فردی و اجتماعی پرستاران اقدام نمود و جای امیدواری است که در مطالعات آتی، ارتباط بین کیفیت خواب با عملکرد شغلی و شیوع خطاهای شغلی در سیستم پرستاری، مد نظر قرار بگیرد.

1. Noori S, Deghanan E, Bagheri H and Shahabi Z. Survey correlation sleep quality general health. Proceeding of the 4th health nursing congress; 2004 Apr 3-5; Tehran, Iran.
2. Falleti MG, Maruff P, Collie. A qualitative similarities in cognitive impairment associated with 24 h of sustained wakefulness and a blood alcohol concentration of 0.05%. J Sleep Res 2003
3. evidence, the possible mechanisms, and the future. Sleep Med Rev 2010;
4. Jebreily M. Survey of the sleep deprivation on quality of nurses' work and its solution plans. Iran J Med Sci 2004
5. Tachibana H, Izumi T, Honda S, Takemoto TI. The prevalence and pattern of insomnia in Japanese industrial
6. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. Sleep Medicine Reviews 2002; 6: 97–111
7. Grandner MA, Hale L, Moore M, Patel NP. Mortality associated with short sleep duration
8. Lamberg L. Insomnia shows strong link to psychiatric disorders. Psych News 2005; 40: 21-3.
9. Dadsetan P. Stress: The disease of new century. Tehran: Growth Publisher; 1999: 73-75.

10. Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence and consequences of sleep disorders in a shift worker population. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 577–583.
11. Ohaida T, Kamala T, Uchiyama M, et al. Nigh shift work related problems in young female nurses in Japan. *J Occup Heath* 2001; 43(1): 150-156.
12. Samimi R, Masrure R, Tamadonfar M, Hosseini F. Correlation between lifestyle and general health in university students. *Iran J Nurs* 2007; 19(48):50.[Persian]
13. Admine of Shahid Chamran Hospital. Evaluation on the effects of night shift on nursing malpractice and the ways of prevention. 2009; Available at: <http://www.chamranhospital.ir/Lists/Events/DispForm.aspx?ID=31>. July10, 2013.
14. LeBourgeois MK, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson AR, Harsh J. The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *Pediatrics* 2005; 115: 257–265.
15. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Dagonostic and Coding Manual, 2nd edn. Westchester, IL, USA: American Academy of sleep Medicine, 2005
16. Escriba V, Perza-Hoyoz S, Bolumar F. Shift work: its impact on the length of sleep among nurses of the Valencia region in Spain. *Int Arch Occup Environ Health* 1992; 64(1): 125-132.
17. Hamblin JE. Insomnia: An ignored health problem. *Primary Care* 2007; 34: 659–674, viii.

18. Samaha E, Lal S, Samaha N, Wynahm J. Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *J Adv Nurs* 2007; 59(3): 221-232.
19. Dirksen SR, Epstein DR, Hoyt MA. Insomnia, depression, and distress among outpatients with prostate cancer. *Applied Nursing Research* 2009; 22: 154–158.
20. 1992. Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occup Environ Med* 2001; 58(5): 68-72.
21. Lu BS, Zee PC. Circadian rhythm sleep disorders. *Chest* 2006; 130: 1915–1923.
22. Soleimany M, Nasiri Ziba F, Kermani A, Hosseini F. A Comparative Study of the General Health among Staff Nurses with Fixed or Rotating Working Shift. *Iran J Nurs* 2007; 20(50):21-28. [Persian]
23. Sharifi Moghadam M. The latest status of staff nursing employee. 2012; Available at: <http://www.pana.ir/Pages/News-21391.aspx>. July 10, 2013.
24. Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alaeenejad F. The association between quality of sleep and health-related quality of life in nurses. *Hayat* 2006; 12(4):13-20. [Persian]
25. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health*. 2004 Nov; 46(6):448-454.
26. Kunert K, King ML, Kolkhorst FW. Fatigue and sleep quality in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2007; 45: 30–37.

27. Sveinsdottir H. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2006; 20: 229–237.
28. Hojati H, Jalalmanesh S, Fesharaki M. Sleeplessness effect on the general health of hospitals nightshift nurses in Gorgan. *J Gorgan Univ Med Sci* 2009 11(3):70-75.[Persian]
29. marlit veldia,b,anu aluojaa veiko vasara; sleep quality and more common sleep related problems in medical students.
30. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric Clinics of North America* 1987; 10: 541–553.
31. Les A. Gellis, Aesoon Park, Syracuse University Miriam T. Stotsky, Columbia University .Daniel J. Taylor.University of North Texas . Sleep Hygiene and Insomnia Severity in College Students
32. Chou T-L, Chang L-I, Chung M-H. *International Journal of Nursing Practice* 2015; 21 (Suppl. 2): 9–18 The mediating and moderating effects of sleep hygiene practice on anxiety and insomnia in hospital nurses
33. k.lashkaripur, N. M, bakhshani*, s, mafi; sleep quality assessment in medicine students and physicians assistants; Zahedan university of medical science- baharan psychiatric center, Zahedan, IR iran, P.O. box: 9819713955
34. Fereshteh Ghaljaei, Mahin Naderifar, Mahnaz Ghaljeh. general health status and sleep quality between nurses with fixed working shifts and nurses with rotating working shifts. Instructor of Nursery, Nursery and Midwifery School, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran

35. Brown FC, Buboltz WC Jr, Soper B. Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students.
36. SuenLK, TamWW ,HonKL .Association of sleep hygiene related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal 2010; 16: 180– 185.
37. Brick CA, Seely DL, Palermo TM. Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. Behavioral Sleep Medicine 2010; 8: 113–121.
38. Sateia MJ, Nowell PD. Insomnia. Lancet 2004; 364: 1959– 1973.
39. Akerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. Occupational Medicine (Oxford, England) 2003; 53: 89–94.
40. Yang Y, Zhao RY, Lan MJ. Effect of sleep quality on day cycle fatigue in ward nurses. Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases 2008; 26: 360– 362.
41. Madid S. Effect of night shift schedules on nurses working in a private hospital in South Africa. J Luella Univ Technol 2003; 58(3): 97-103.

Abstract:

Introduction: individual and environmental habits and conditions, known as sleep hygiene, considered having an inevitable effect on sleep quality and occurrence of insomnia, and therefore affecting personal and practical function of one.

Aim: the aim of this study was assessment of relationship between sleep hygiene and sleep quality in shift work nurses in Qazvin university of medical science.

Methods: we conducted a cross sectional study among 309 nurses in Qazvin university of medical science. Nurses completed the PSQ and ISI questionnaire to assess the states of sleep. A sleep hygiene habit questionnaire completed by nurses to estimate the personal and environmental habits. Data analysis done with SPSS and charted one by one.

Results: insomnia and poor sleep quality was a common complaint in nurses. The results showed that the sleep hygiene habits was associated to severity of insomnia and subjective quality of sleep in nurses .

Conclusion: our results suggested that insomnia and poor sleep quality in nurses of Qazvin university of medical science has an inevitable prevalence, and significantly related to personal and environmental habits.

Key words: sleep hygiene, nurses, insomnia, sleep quality

پیوست

نمونه پرسشنامه مورد استفاده در اینجا ضمیمه شده است.

همکار گرامی این پرسشنامه جهت بررسی عادات خواب شما طراحی شده است. لطفا سوالات را با دقت مطالعه نموده و پاسخ دهید. نیازی به نوشتن نام در پرسشنامه نیست. تنها در صورتی که مایل به اطلاع از وضعیت بهداشت خواب خود هستید، نام خود را بنویسید

سن: _____ وضعیت تاهل: _____ محل زندگی: _____ محل کار (بیمارستان و بخش ذکر شود): _____

جنس: ☐ مرد ☐ زن ☐ قد: _____ وزن: _____

۱- با چه کسی در اتاق میخوابید؟

☐ مادر ☐ پدر ☐ خواهر یا برادر ☐ همسر ☐ به تنهایی

۲- آیا تختخواب خود را در طی دو هفته گذشته عوض کرده اید؟

☐ هر شب ☐ هر چند شب ☐ اصلا

۳- در روز هایی که به سر کار میروید معمولا چه زمانی به رختخواب میروید؟ حدود ساعت

۴- چه دلیلی وجود دارد که در این زمان به رختخواب میروید؟

☐ احساس خواب آلودگی میکنم ☐ کار های روزمره ام تمام میشود

☐ تلویزیون نگاه کردنم تمام میشود ☐ سایرین در آن زمان میخوانند

۵- در روز هایی که به سر کار میروید چه ساعتی از خواب بیدار میشوید؟ حدود ساعت

۶- چرا در این زمان از خواب بیدار میشوید؟

☐ ساعت بیدارم میکند ☐ خانواده بیدارم میکنند

☐ سر و صدا بیدارم میکند ☐ صبح ها حمام میکنم

☐ نمیدانم چرا بیدار میشوم ☐ علل دیگر

۷- در شب هایی که صبحش به بیمارستان میروید معمولا چند ساعت میخوابید؟ (با ذکر دقیقه)

۸- در شب هایی که صبحش به بیمارستان میروید معمولاً چقدر طول میکشد از وقتی که به رختخواب میروید تا خوابتان ببرد؟ (به دقیقه)

۹- در آخر هفته ها معمولاً چه زمانی به رختخواب میروید؟ حدود ساعت.

۱۰- به چه دلیلی در این زمان به رختخواب میروید؟

☐ احساس خواب آلودگی میکنم ☐ کار های روزمره ام تمام میشوند

☐ تلویزیون نگاه کردنم تمام میشود ☐ سایرین در آن زمان میخوانند

۱۱- در تعطیلات آخر هفته چه ساعتی از خواب بیدار میشوید؟ حدود ساعت

۱۲- چرا در این زمان از خواب بیدار میشوید؟

☐ ساعت بیدارم میکند ☐ خانواده بیدارم میکند

☐ سر و صدا بیدارم میکند ☐ صبح ها حمام میکنم

☐ نمیدانم چرا بیدار میشوم ☐ علل دیگر . . .

۱۳- در شب های آخر هفته معمولاً چقدر طول میکشد از وقتی که به رختخواب میروید تا خوابتان ببرد؟ (با ذکر دقیقه)

۱۴- در شب های آخر هفته معمولاً چقدر طول میکشد از وقتی که به رختخواب میروید تا خوابتان ببرد؟ (به دقیقه)

۱۵- فکر میکنید برای داشتن بهترین عملکرد در روز به چه مقدار خواب در شب نیاز دارید؟

۱۶- در دو هفته گذشته چند دفعه این فعالیت ها را در تختخواب انجام داده اید؟

	هر شب	بار ها	دو بار	یک بار	هرگز
مطالعه					
تلویزیون نگاه کردن					
خوردن					
درس خواندن					
نگرانی و اضطراب					

۱۷- وقتی در به خواب رفتن مشکل دارید یا نمیتوانید بعد از بیدار شدن دوباره بخوابید چه میکنید؟

☐ در رختخواب میمانم تا خوابم ببرد ☐ در رختخواب به کاری مشغول میشوم (تلویزیون و . . .)

☐ بلند میشوم و تلویزیون تماشا میکنم ☐ بلند میشوم و شیر گرم مینوشم

☐ سایر کارها (ذکر کنید)

۱۸- وقتی برای خوابیدن تلاش میکنید به چه میزان در دور کردن تنش از خود مشکل دارید؟ (امتیاز دهید)

صفر= هیچ مشکلی ندارم ۱۰= مشکل زیادی دارم

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

۱۹- وقتی برای خوابیدن تلاش میکنید به چه میزان در آرام کردن ذهن خود مشکل دارید؟ (امتیاز دهید)

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

۲۰- برای به خواب رفتن از دارو استفاده میکنید؟ نام دارو

☐ ماهی یک مرتبه یا حتی کمتر ☐ هفته ای یک مرتبه یا کمتر

☐ چند شب در هفته ☐ هر شب

تاریخچه خواب

۲۱- در دو هفته اخیر هر چند وقت یک بار (علامت بزنید)

هر روز	۵-۶ مرتبه	۳-۴ مرتبه	۱-۲ مرتبه	هیچگاه	نمیدانم
					بیش از یک مرتبه زنگ ساعت نیاز داشته اید تا بیدار شوید؟
					خواب مانده اید و دیر به محل کار رسیده اید؟
					در محل کار خوابتان برده است؟
					احساس خواب آلودگی در طی روز کرده اید؟
					به این دلیل به رختخواب رفته اید که نمیتوانستید بیشتر بیدار بمانید؟
					خواب بعد از ظهر داشته اید؟
					تا ساعت ۳ صبح بیدار بوده اید؟
					کل شب را بیدار بوده اید؟
					با سختی زیاد به خواب رفته اید؟
					صبح زود از خواب بیدار شده اید و نتوانستید دوباره بخوابید؟
					در هنگام خوابیدن افکار و تصورات ترسناک داشته اید؟
					طی شب دچار کابوس شده اید؟
					در خواب راه رفته اید؟
					خواب خوبی در شب داشته اید؟
					یک مرتبه طی شب از خواب بیدار شده اید؟

						بیش از یک مرتبه از خواب بیدار شده اید؟
						خر و پف کرده اید؟
						با صدای بلند خر و پف کرده اید؟
						در حین خواب نفس نکشیده و با عطش هوا از خواب بیدار شده اید؟
						از خوابتان احساس رضایت کرده اید؟
						حرکات مکرر پا ها در خواب داشته اید؟
						حمله های ضعف عضلانی به هنگام خندیدن یا گریه کردن داشته اید؟

۲۲- پاسخ مناسب را علامت بزنید

بله	خیر	موارد بهداشت خواب
		آیا هر روز در زمان مشخصی از خواب بیدار میشوید؟
		آیا هر روز ورزش میکنید؟
		آیا هر روز زمانی را به بررسی فشار های روانی تان اختصاص میدهید؟ (مثلا فهرست کردن وظایف روز بعد)
		آیا رفتار های ثابت و منظمی قبل از خواب دارید؟ (مثلا مصرف یک خوراکی سبک و . . .)
		آیا قبل از خواب دوش آب گرم میگیرید؟
		آیا وقتی که خواب آلوده هستید به بستر میروید؟
		آیا با پزشک در مورد مشکلات پزشکی تان، که ممکن است روی خواب شما تاثیر بگذارد صحبت کرده اید؟
		آیا بستر شما راحت است؟
		آیا کسی که در کنار شما میخوابد، تاثیر منفی روی خواب تان دارد؟
		آیا اتاق خواب شما بی خطر و مصون است؟
		آیا اتاق خواب شما آرام و خنک است؟
		آیا اتاق خواب شما تاریک است؟
		آیا نزدیک زمان خواب تان ورزش میکنید؟

		آیا طی روز کافین زیاد مصرف میکنید؟
		آیا با فاصله کمتر از ۵ ساعت از زمان خواب تان کافین مصرف میکنید؟
		آیا با فاصله کمتر از ۳ ساعت از زمان خواب تان سیگار میکشید؟
		آیا با فاصله کمتر از ۲ ساعت از زمان خواب غذای سنگین یا حجیم می خورید؟
		آیا با فاصله کمتر از ۲ ساعت از زمان خواب مایعات زیاد مصرف میکنید؟
		آیا با فاصله کمتر از ۲ ساعت از زمان خواب تان الکل مصرف میکنید؟
		آیا گاهی اوقات در طی روز چرت می زنید؟
		آیا قبل از خواب ، دارو های غیر نسخه ای مصرف میکنید؟
		آیا قبل از خواب، به فعالیت های محرک (مثل تماشای تلویزیون ، مشاجره و ...) می پردازید؟
		آیا قبل از خواب به کارهایی که در روز بعد باید انجام دهید فکر میکنید؟
		آیا قبل از خواب به اتفاقاتی که طی روز پشت سر گذاشته اید فکر میکنید؟
		آیا قبل از خواب نگران اتفاقاتی میشوید که در خانه یا محل کار می افتد؟
		آیا قبل از خواب، با صدای بلند موسیقی گوش میدهید؟
		تا به حال شده که هنگام تماشای تلویزیون خوابتان ببرد؟
		آیا در حالی میخوابید که چراغ اتاق روشن است؟
		آیا ظهر ها یا عصر ها بیش از یک ساعت میخوابید؟

۲۳- در طی ماه گذشته شما به هر یک از دلایل زیر چقدر در خوابیدن مشکل داشته اید؟ بهترین پاسخ را انتخاب کنید.

سه بار یا بیشتر در هفته	یک یا دو بار در هفته	کمتر از یک بار در هفته	هرگز	
				نتوانسته اید در عرض ۳۰ دقیقه به خواب بروید.
				در میانه شب یا اوایل صبح از خواب بیدار شده اید.
				برای رفتن به دستشویی از خواب بیدار شده اید.
				نتوانسته اید به راحتی نفس بکشید.
				سرفه یا خروپف با صدای بلند داشته اید.
				احساس سرمای زیاد کرده اید.
				احساس گرمای زیاد کرده اید.

				رویا های بد در طی شب داشته اید
				درد داشته اید.
				دلایل دیگر، لطفا دلیل را توضیح دهید:
				برای کمک به خوابیدن، دارو مصرف کرده اید.
				هنگام رانندگی یا فعالیت های اجتماعی، به علت خواب آلودگی مشکل داشته اید.
				چند روز در هفته برای انجام کار های شغلی انگیزه داشته اید؟

I . لطفا شدت مشکل یا مشکلات بی خوابی کنونی (یعنی دو هفته اخیر) خود را تخمین بزنید.

هرگز	کمی	متوسط	شدید	بسیار شدید
۰	۱	۲	۳	۴
الف. مشکل در به خواب رفتن	۰	۱	۲	۳
ب. مشکل در تداوم خواب	۰	۱	۲	۳
ج. مشکل در بیدار شدن بسیار زود	۰	۱	۲	۳

II . میزان رضایت شما از الگوی اخیر خوابتان چگونه است؟

☐ بسیار راضی ☐ راضی ☐ متوسط ☐ ناراضی ☐ بسیار ناراضی

III . فکر میکنید مشکل خواب شما تا چه حد در کارکرد روزانه شما (خستگی روزانه، تمرکز، حافظه، خلق و ...) تداخل میکند؟

☐ تداخل نمیکند ☐ کمی ☐ نسبتا ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد

IV . آیا فکر میکنید مشکل خواب شما (از نظر تخریب کیفیت زندگی) نسبت به دیگران قابل توجه است؟

☐ اصلا قابل توجه نیست ☐ کمی ☐ نسبتا ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد قابل توجه است

V . در حال حاضر تا چه حد درباره مشکل خواب خود نگران هستید؟

☐ اصلا نگران نیستم ☐ کمی ☐ نسبتا ☐ زیاد ☐ بسیار زیاد نگران هستم

تشکر و قدردانی:

با تشکر و سپاس فراوان از زحمات و رهنمود های بی دریغ سرکار خانم دکتر زهره یزدی متخصص طب کار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که بدون راهنمایی های ایشان، انجام این مطالعه بسیار مشکل مینمود. همچنین بدینوسیله از کلیه کسانی که با ما در انجام این مطالعه همکاری داشته اند، قدردانی میگردد.

پایان